



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y
PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN ADOLESCENTES DEL
CENTRO JUVENIL DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN
ALFONSO UGARTE, AREQUIPA 2017.

Tesis presentada por la Bachiller:
CELIA VANEZA TELLO CUIRO
Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

AREQUIPA-PERÚ

2017

DEDICATORIA

Con infinito agradecimiento a mi querida madre Celia Celene Cuiro Orccotoma por su amor y sabia orientación en toda mi formación, hasta el logro de esta gran meta de mi titulación como Cirujano Dentista. Es un regalo que siempre lo tendré presente y sabré corresponder.

Celia Vaneza

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas en sus docentes, administrativos y directivos, un sincero agradecimiento por la formación brindada durante estos años. Que su servicio siga contribuyendo a la globalización de la educación superior.

La autora

RESUMEN

El objetivo de la investigación es determinar si existe relación entre funcionamiento familiar y prevalencia de caries dental en adolescentes de 14 a 18 años del centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación Alfonso Ugarte, Arequipa 2017. Se trata de una investigación de paradigma positivo, alcance cuantitativo y de tipo correlacional, sigue el diseño no-experimental, de campo y transversal. El estudio se realizó en una población focal de 122 adolescentes internos del centro juvenil Alfonso Ugarte. Para la obtención de información de campo de la variable funcionamiento familiar se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento APGAR familiar, y para la obtención de información de la variable prevalencia de caries dental se usó la técnica de la observación directa y el instrumento índice del CPO-D. Se llegó a las siguientes conclusiones:

El nivel de funcionamiento familiar en los adolescentes del centro juvenil Alfonso Ugarte es de disfunción severa o grave (50%), lo cual indica que en las familias de estudio no hay conductas de pertenencia, unidad, comunicación, cumplimiento del propio rol y de práctica de valores. La prevalencia de caries dental es de 99,2%, la prevalencia de piezas obturadas es de 67,2% y la prevalencia de piezas perdidas es de 45,1%. La relación entre las variables se infirió mediante el estadígrafo análisis de varianza: entre funcionamiento familiar y prevalencia de caries se obtuvo $P = 0,009$ ($p > 0,05$) por lo que se acepta al 95% de confianza la hipótesis de que existe diferencia estadísticamente significativa en prevalencia de caries dental en razón de la funcionalidad familiar.

Palabras clave: funcionamiento familiar, prevalencia de caries, adolescentes, adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad resolutiva.

ABSTRACT

The objective of the investigation is to determine if there is a relationship between family functioning and dental caries prevalence in adolescents aged 14 to 18 years of the juvenile diagnosis and rehabilitation center Alfonso Ugarte, Arequipa 2017. This is a positive paradigm research, quantitative reach and of correlation type, follows the non-experimental, field and transverse design. The study was carried out in a focal population of 122 adolescents from the Alfonso Ugarte youth center. In order to obtain field information on the family functioning variable, the survey technique and the familiar APGAR instrument were used, and to obtain information on the prevalence of dental caries, the direct observation technique and the index instrument of the CPO-D. The following conclusions were reached:

The level of family functioning in adolescents at the Alfonso Ugarte youth center is severe or severe (50%) dysfunction, which indicates that in the study families there are no behaviors of belonging, unity, communication, fulfillment of one's own role and practice of values. The prevalence of dental caries is 99.2%, the prevalence of sealed pieces is 67.2%, and the prevalence of missing pieces is 45.1%. The relationship between the variables was inferred by the statistical analysis of variance: between family functioning and prevalence of caries $P = 0.009$ ($p > 0.05$) was obtained, thus accepting the 95% confidence hypothesis that there is a statistically significant difference significant in the prevalence of dental caries due to the familiar functionality.

Key words: family functioning, prevalence of caries, adolescents, adaptability, cooperation, development, affectivity, resolution capacity.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I:	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción de la realidad problemática	2
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Importancia de la investigación	5
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	6
1.5 Limitaciones del estudio.....	7
CAPÍTULO II:	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	9
2.1.3 Antecedentes locales.....	10
2.2 Bases teóricas	10
2.2.1 La familia.	10
2.2.1.1 Conceptualización.	10
2.2.1.2 Tipos de familia.	10
2.2.1.3 La familia peruana.....	11
2.2.1.4 La funcionalidad familiar.....	11
2.2.1.5 La disfuncionalidad familiar.	12
2.2.1.6 Funciones de la familia.....	12
2.2.1.7 El rol de la familia en el desarrollo del niño.	13
2.2.1.8 Requisitos para que exista funcionalidad familiar.....	13
2.2.1.9 Características de la funcionalidad y disfuncionalidad familiar	13
2.2.1.10 Factores que favorecen la disfuncionalidad familiar.....	14
2.2.1.11 El instrumento APGAR familiar.	15
2.2.2 La caries dental.	18

2.2.2.1	Conceptualización.....	18
2.2.2.2	Factores de la caries dental.....	19
2.2.2.4	Medición de la caries dental: Índice del CPO-D.....	21
2.2.2.5	Factores familiares relacionados con la caries dental.....	22
2.2.2.6	La caries dental en los adolescentes.....	23
2.2.2.7	Factores asociados a la producción de caries dental en la adolescencia.....	23
2.2.2.8	La familia y su papel preventivo para la caries dental.....	24
2.2.2.9	La familia como factor determinante en la salud y la sociedad.....	24
2.2.2.10	El odontólogo con enfoque a la salud familiar.....	25
2.2.3	El centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación Alfonso Ugarte....	27
2.2.3.1	Reseña histórica.....	27
2.2.3.2	Metodología de atención.....	28
2.3	Definición de términos básicos.....	29
CAPÍTULO III:		31
HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN		31
3.1	Formulación de la hipótesis principal y derivadas.....	31
3.1.1	Hipótesis principal	31
3.1.2	Hipótesis derivadas	31
3.2	Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional.....	31
3.2.1	Variable funcionamiento familiar.....	31
3.2.2	Variable prevalencia de caries dental.....	32
CAPÍTULO IV:		34
METODOLOGÍA		34
4.1	Diseño metodológico	34
4.1.1	Tipo de estudio.....	34
4.1.2	Diseño de investigación.....	34
4.2	Diseño muestral.....	35
4.2.1	Criterios de inclusión.....	35
4.2.2	Criterios de exclusión.....	35
4.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	36

4.3.1. Variable 1: Funcionamiento familiar.	36
4.3.2 Variable 2: Prevalencia de caries.	38
4.4 Técnicas de procesamiento de la información.	39
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.	40
4.6 Principios éticos.	40
CAPÍTULO V.	41
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.	41
5.1 Análisis descriptivo.	41
5.2 Análisis inferencial y comprobación de hipótesis.	53
5.4 Discusión.	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Edad de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.	41
Tabla N° 2: Tipos de familia de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.	43
Tabla N° 3: Funcionamiento familiar de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.....	45
Tabla N°4: Prevalencia de caries de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.....	47
Tabla N° 5: Índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.	49
Tabla N° 6: Relación entre Funcionamiento Familiar y el Índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.	51
Tabla N° 7: Prueba de Análisis de Varianza para relacionar el funcionamiento familiar con el índice de caries CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Edad de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.....	43
Gráfico N° 2: Tipos de familia de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.....	45
Gráfico N° 3: Funcionamiento familiar de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.	47
Gráfico N°4: Prevalencia de caries de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.	49
Gráfico N° 5: Índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.....	51
Gráfico N° 6: Relación entre Funcionamiento Familiar y el Índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.	53

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de la caries dental es multifactorial consiste en la desmineralización y re mineralización del esmalte dental en el proceso de fermentación de los carbohidratos en los cuales intervienen la saliva y biofilm dental presentando la acción de los microorganismos orales.

En este proceso también cabe resaltar la importancia del tipo de alimentación que consume o a su vez si existe o no una desnutrición, siendo muy importante la higiene oral que tienen en los adolescentes, que podría estar siendo afectado por una disfunción familiar, por presentar un abandono, separación, pleitos familiares o alguna pérdida familiar entre otros

El estreptococo mutans es uno de los microorganismos más virulentos para la aparición de la caries dental cuando existe una combinación de presencia de la placa bacteriana en las piezas dentarias y un déficit de higiene oral por una mala atención por parte de los padres.

La funcionalidad familiar tiene gran importancia en el desarrollo de sus integrantes en cuantos hábitos de salud oral y en general, si la familia es funcional se reflejara en su salud, pero si esta es disfuncional puede producir un factor de riesgo afectando su equilibrio emocional alterando su salud.

La familia es el núcleo de la sociedad, los elementos que la conforman son el padre, madre e hijos estos son importantes para su desarrollo.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La familia es un conjunto de personas unidas por vínculos como el matrimonio, parentesco o adopción. Estas presentan un estrecho lazo con la salud ya que se encargan de la integración social de los miembros que la conforman para poder desarrollarse, compartiendo y satisfaciendo sus necesidades, previniendo y ofreciéndoles un ambiente familiar estable.¹

Una misión natural y constitutiva de la familia es la educación, ya que los niños aprenden e internalizan comportamientos a partir de todo lo que ven y experimentan, por ello, el aprendizaje cuando los hijos son pequeños es más por observación e imitación. En esta etapa el efecto del aprendizaje por imitación es aún mayor porque observa patrones de acción provenientes de personas con quienes se tiene un vínculo afectivo estrecho, es decir, la persona amada se convierte en un referente para el comportamiento.²

La funcionalidad familiar contribuye a un desarrollo progresivo y equilibrado, ayuda a resolver y superar los retos y las crisis que atraviesan los niños; por el contrario, la disfuncionalidad es un patrón de conductas desadaptativas que podrían presentar uno o varios de sus integrantes haciendo difícil satisfacer las necesidades básicas y emocionales de estos.³

Es importante tener en cuenta que la familia es fuente de fuerzas positivas y negativas que afecta el comportamiento de cada miembro, la hace funcionar bien o mal ⁴, por ello se prevé que una familia disfuncional puede descuidar no sólo en lo afectivo, sino también en su responsabilidad de infundir buenos hábitos de comportamiento con los demás y consigo mismos, como es el caso del descuido de la higiene bucal y de la atención dental oportuna ⁵, esto puede conducir al descenso de la calidad y la frecuencia del aseo bucal, la desmineralización en las estructuras dentales, la aparición de caries en los dientes, pérdidas de piezas dentarias y consecuencias más graves como endocarditis, artritis reumatoide y patologías gastrointestinales.

A nivel de la ONU y de otras organizaciones internacionales se ha considerado el problema de la caries dental en la niñez y la adolescencia como una enfermedad de prioridad uno que se debe superar en el mundo por tratarse de un problema de salud de nivel básico.⁶ En el Perú, la caries dental es todavía una de las primeras enfermedades que afecta a la población infantil y adolescente. Se sabe que el 97% de adolescentes en el Perú padece de caries dental (MINSA 2014), y que la medida preventiva más eficiente es una adecuada higiene oral que debería hacerse hábito en el seno familia por la enseñanza y el ejemplo que asimila el hijo de sus padres y hermanos. Todo esto permite inferir que puede existir una relación significativa entre la caries dental y la funcionalidad familiar del adolescente.⁷

En Arequipa se encuentra el Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte el cual se encarga de rehabilitar a adolescentes que presentan problemas de conducta asociados a la ley penal a causa de familias disfuncionales. En los 122 adolescentes de 14 a 18 años de edad se percibe conflictos internos que afectan su proceso de reinserción, entre ellos, se ha observado patologías odontológicas como la caries dental, la pérdida de piezas dentales unida a la inconstancia e inadecuada práctica de aseo bucal.⁸ El profesional de salud, fiel a su compromiso con la salud, no puede quedar indiferente a esta realidad, por ello, intenta descubrir las vinculaciones de la caries dental con otras variables, para así establecer posibles soluciones al problema.⁹

Otro problema bastante pronunciado en estos adolescentes es la disfuncionalidad familiar, es una de las causales probadas de su acto delictivo contra la ley. Proviene de familias que incumplen con su rol educativo, alimentario, de seguridad, esto también está acompañado de la existencia de una cantidad notable de madres solas a la responsabilidad del hogar, hijos abandonados, hijos en familias extensas y otras. Son situaciones que perjudican la responsabilidad de los padres para con los hijos, motivo por el cual, los hijos descuidan sus responsabilidades para consigo mismos o caen en acciones delictivas contra la sociedad.¹⁰

Este contexto parece indicar que existen vinculaciones significativas entre la prevalencia de caries dental y el funcionamiento familiar en los adolescentes

del presente estudio. Pero no basta con la intuición, es necesario probar objetivamente si existe tal vinculación de manera que se pueda ofrecer información nueva a las familias para una mejor prevención y dar aviso de las consecuencias desapercibidas cuando se descuida la funcionalidad familiar en los adolescentes del centro juvenil Alfonso Ugarte. El procedimiento más adecuado es la investigación científica, lo cual se emprende con este proyecto porque ofrecerá información útil para la superación del problema.

1.2 Formulación del problema

¿Existe relación entre funcionamiento familiar y prevalencia de caries dental en adolescentes de 14 a 18 años del centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación Alfonso Ugarte, Arequipa 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general.

- Determinar si existe relación entre funcionamiento familiar y prevalencia de caries dental en adolescentes de 14 a 18 años del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte, Arequipa 2017.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Establecer el nivel de funcionamiento familiar en los adolescentes del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte.
2. Determinar los tipos de familia predominantes en los adolescentes del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte.
3. Determinar la prevalencia de caries dental mediante el índice de CPOD
4. Determinar la relación entre funcionamiento familiar y prevalencia de caries dental en adolescentes del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

La caries dental es un problema de salud pública, es una de las principales enfermedades que afecta la dentición decidua y permanente, deteriorando la calidad de vida de los adolescentes que presentan una tendencia creciente a la aparición de esta enfermedad y que se empeora con la limitada capacidad de respuesta de los servicios de salud para atender a esta población. Todo parece indicar que la familia juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en la rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas.

En tal sentido, la presente investigación es importante porque permite aclarar a los profesionales de la salud, a la sociedad y a la ciencia en general si existe o no relación significativa entre las variables, entonces ofrece información para mejorar la conducta y las técnicas en la atención dental de jóvenes privados de su libertad.¹¹ Por tanto, los beneficiarios directos de la presente investigación son los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte y sus familias, y en sentido amplio, la sociedad en general.

Por otra parte, la presente investigación está ofreciendo las bases para futuros estudios respecto a la prevalencia de caries dental y la funcionalidad familiar en nuestro contexto arequipeño. Además, ofrece información para la organización, planificación y ejecución de programas preventivos-asistenciales con el objetivo de reducir la prevalencia de caries en poblaciones vulnerables como esta.

El estudio trata una problemática actual que se está dando en los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte, y como este, hay muchos otros en las distintas las distintas regiones del Perú, donde los profesionales carecen de información suficiente para ayudar a afrontar las distintas problemáticas que se presentan, es algo que exige un estudio comprometido de parte de las distintas profesiones.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

La presente investigación es viable porque:

Es posible acceder a la población de estudio, se ha definido la técnica adecuada y se obtuvo los instrumentos adecuados para la recopilación de información pertinente.

El tipo de datos obtenidos de campo es cualitativo y cuantificable, lo cual, facilitó el procedimiento estadístico de la correlación.

Se contó con la financiación económica necesaria tanto para el estudio de campo, para el análisis y la presentación del informe de investigación.

También se contó con el asesoramiento de un docente asignado por la universidad, el cual, ha ofrecido orientaciones oportunas para el mejoramiento de la investigación.

a) Se contó con los siguientes recursos humanos:

- Investigadora : Bach. Celia Vaneza Tello Cuiro
- Asesor técnico : Mg. Wilbert Calizaya Chiri

b) A nivel de recursos financieros, la investigación fue financiada en su totalidad por la investigadora.

c) En cuanto a los recursos materiales e instrumentales se contó con:

Soporte sistemático y equipos:

- Programa de estadístico
- Pentium portátil 4 CPU 3.33 GHz, 896 MB de RAM
- USB de 8 GB marca HP

Instrumental de examen odontológico:

- Espejos bucales
- Exploradores bucales
- Cajas metálicas
- Guantes
- Paquetes de algodón
- Mascarillas
- Vasos descartables

Materiales de desinfección:

- Sablón

Materiales de oficina:

- Lapiceros (rojo, azul)
- Hojas Bond
- Corrector

Otros

- Ficha de observación directa historia clínica con odontograma

d) A nivel de recursos institucionales:

- Universidad Alas Peruanas - Filial Arequipa.
- Centro Juvenil De Diagnostico Y Rehabilitación Alfonso Ugarte- Arequipa.

1.5 Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio se centran principalmente en la obtención de permisos de parte de la administración del Centro Juvenil para la obtención de información de las unidades de estudio. Esto se ha superado ya que la investigación se realizó junto al servicio de salud bucal brindado por la Universidad Alas Peruanas a los internos del centro juvenil Alfonso Ugarte.

Otra limitación fue la indisposición de los adolescentes para responder totalmente y con sinceridad a la encuesta de funcionalidad familiar, pero esto se superó al crear un ambiente de familiaridad y amistad con ellos.

Por último, es importante aclarar que la investigación es correlacional, pero no es correlacional-causal, por tanto, la información estadística que se obtuvo del estudio establece si existe o no vinculación o correlación entre las variables, pero hay que tener en cuenta que correlación no es lo mismo que causalidad. La correlación indica que hay vinculación o variación conjunta entre las variables, pero no indica en qué medida una variable sea causa de la otra. En otras palabras, la correlación incluye algo de causalidad, pero no la agota.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Díaz Cárdenas, Shyrley; Arrieta Vergara, Katherine, y González Martínez, Farith realizaron la investigación titulada FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS ESCOLARES DE CARTAGENA, COLOMBIA – Revista clínica médica y familiar 2011, 4 (2): 100-104. El objetivo de identificar los factores sociodemográficos y familiares y su asociación con la prevalencia de caries en niños del colegio Madre Gabriela de San Martín. El estudio es de corte no-experimental, correlacional y transversal realizada en una muestra de 243 estudiantes seleccionados al azar, por muestreo estratificado. Se utilizó el instrumento APGAR familiar y el Índice COP-D y CEO-D. Se llegó a las siguientes conclusiones: la prevalencia de caries es del 51% con mayor prevalencia en el sexo femenino. Hay asociación estadísticamente significativa de la caries dental con el rol del padre como formador de hijos (OR: 0,40; IC de 95%; P< 0,01). El rol del padre es bastante significativo en la internalización de los hábitos para la promoción y prevención de caries dental.⁹

Castillo & García, en Venezuela-Carabobo, realizaron la investigación titulada PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL QUE ACUDEN AL AMBULATORIO URBANO LA HACIENDITA EN EL MUNICIPIO DE MARIARA – Revista Acta odontológica venezolana 2011; 49 (4): 109-119. El objetivo fue determinar la prevalencia de caries dental con relación al sexo y la edad en un grupo de niños y niñas. El tipo de la investigación es cuantitativa, según el diseño descriptivo, no experimental, transeccional y expostfacto. La población y muestra estuvo conformada por 30 niños (100%) entre 6 a 12 años

que asistieron a la consulta odontológica del ambulatorio, en un lapso de 3 meses. Como instrumento se utilizó la ficha clínica elaborada en base a las dimensiones de las variables del estudio, validada por juicio de expertos. Los resultados fueron los siguientes: La prevalencia de caries en dentición permanente de todos los niños fue 13,22% y en dentición temporal fue de 20,94%. Se obtuvo un índice del promedio de dientes cariados, perdidos, obturados (CPOD) de 2,46 y un promedio de dientes temporarios cariados (c), con extracción indicada (e) y obturados en una población (ceo) de 1,96. De igual manera se identificó el componenteariado como el más elevado en ambas denticiones. Se concluye que la alta incidencia de caries dental puede reducirse si se mejora los hábitos de aseo bucal o se interviene mediante la prevención desde la concepción del niño.¹²

2.1.2 Antecedentes nacionales

Pajuelo realizó la investigación PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO EN EL CENTRO JUVENIL DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN DE LIMA EL AÑO 2012 – Lima: Universidad Federico Villarreal. El objetivo fue determinar la prevalencia de caries dental en relación con la necesidad de tratamiento. La población fue de 440 adolescentes (edades de 12 a 18). Los resultados de CPOD muestran el promedio más alto en los adolescentes de 18 años con 11,9 y el más bajo en pacientes de 12 años con 7,4. El tipo de tratamiento requerido con mayor frecuencia fue la obturación de una superficie y el de menor frecuencia fue para otro tipo de tratamiento. Se encontró que la obturación para una superficie fue para 1102 piezas, coronas 119, pónico 92, tratamiento pulpar 31 y exodoncias 104.¹¹

Villena, Pachas, Sánchez & Carrasco realizaron la investigación PREVALENCIA DE CARIES DE INFANCIA TEMPRANA EN NIÑOS RESIDENTES EN POBLADOS URBANO MARGINALES DE LIMA NORTE – Revista de estomatología herediana 2011; 21 (2): 79-86. El objetivo fue evaluar la prevalencia de caries en los niños de las comunidades urbano-marginales de Lima. Es un estudio no experimental, descriptivo, de campo y transversal. Se evaluó a 332 niños con los criterios de caries dental de la OMS, con equipo no

invasivo, bajo luz natural. En el diagnóstico de caries dental participaron 3 odontólogos (kappa interexaminador 0,79-0,92 y kappa intraexaminador 0,81-0,93). La prevalencia de caries dental fue de 62,3% (IC 57,09- 67,51), y se incrementó con la edad 10,5% (0-11 meses), 27,3 % (12-23 meses), 60,0% (24-35 meses), 65,5% (36-47 meses), 73,4% (48-59 meses) y 86,9% (60-71 meses). El índice CEOD promedio fue 2,97 (DS 3,48), el componente cariado representó el 99,9% del índice. Las piezas más afectadas en el maxilar superior fueron los incisivos centrales y primeras molares, mientras en el maxilar inferior fue la primera y segunda molar. Las manchas blancas activas tuvieron mayor presencia entre los primeros años de vida. Se concluye que existe alta carga de enfermedad y aumenta conforme se incrementan los años de vida, siendo necesario plantear modelos de intervención temprana con especialistas del área.¹³

2.1.3 Antecedentes locales

No se encontró ningún antecedente local relacionado con el presente tema de investigación y que pudiera servir para corroborar, complementar o corroborar los resultados.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La familia.

2.2.1.1 Conceptualización.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella, el ser humano nace, crece y se desarrolla. Lo ideal es que en este ambiente natural, sus miembros mantengan relaciones interpersonales compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas, estas debe ser íntimas, afectuosas respetuosas, cuando las condiciones de vida permitan a sus miembros desarrollarse como personas autónomas y sociales a la vez. ¹

2.2.1.2 Tipos de familia.

Dentro de la clasificación familiar tenemos según Revilla:

La familia nuclear, está formada por dos individuos de distinto sexo, que ejercen el papel de padres, y sus hijos. Familia extensa, conviven en un mismo

hogar más de dos generaciones. Familia monoparental, un solo cónyuge y sus hijos. Familia ensamblada, dos adultos, al menos uno de ellos, trae un hijo de una relación anterior. Persona sin familia, persona que vive sola. Adulto soltero divorciado, viudo sin hijos y jóvenes que por necesidades de trabajo o estudios viven de este modo, sin que implique un rechazo a la vida familiar. Equivalentes familiares, individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos, religiosos etc. ¹⁴

2.2.1.3 La familia peruana.

El Instituto Cuanto en apoyo con la UNICEF realizó un estudio estadístico en el año 1994 sobre los factores que influyen y determinan en mayor medida el bienestar de la familia peruana. ¹⁵

La familia peruana lamentablemente tiende a presentar factores predisponentes hacia una disfuncionalidad familiar. El adolescente, vive y absorbe la influencia de los problemas económicos y sociales, por ello la importancia de que la familia sea capaz de adaptarse a los cambios, de mantenerse cohesionada a pesar de ello y de tener la comunicación como el instrumento más importante dentro de su funcionalidad. ¹

Cuando la familia no mantiene un equilibrio entre estas dimensiones, los conflictos comienzan a acentuarse llegando a minimizar su rol principal de protección para convertirse en un factor de riesgo para los miembros y desencadenando en ellos problemas en cuanto a salud.

La disfunción familiar influye en la génesis de problemas psicosociales en la adolescencia, la delincuencia, son problemas que atañen a jóvenes que están predispuestos a incurrir en ellos por falta de estabilidad emocional y muchas veces en producto de la disfuncionalidad en sus familias. ⁹

2.2.1.4 La funcionalidad familiar.

La funcionalidad o funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. También se puede decir que es el conjunto de sentimientos,

acciones y comportamientos que expresan el sentido de familia de parte de todos y cada uno de los miembros.³

Las familias funcionales son aquellas que tienen un equilibrio, una adaptación en el grupo familiar cumple con su rol sin ningún obstáculo y debilidad, donde todos trabajan, se educan y contribuyen con positivismo al grupo. La funcionalidad también debe enseñar los valores, hábitos de salud como aseo de la boca y del cuerpo, el crecimiento y desarrollo físico y psicológico, la personalidad y esto depende si la familia es funcional o disfuncional, las emociones, los sentimientos pueden ser demostrados sin dificultades y es ahí donde cada uno responde a sus acciones.¹⁶

A partir de lo dicho, funcionamiento familiar es el conjunto de acciones, decisiones, comportamientos y sentimientos encaminados a demostrar la pertenencia y unidad familiar entre todos los miembros.

2.2.1.5 La disfuncionalidad familiar.

Es un conjunto de comportamientos desadaptados e inapropiados que se pueden observar en cada miembro de la familia, de manera permanente creando un ambiente trastornado¹⁷, estas familias no son capaces de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, básicas y se transforma en disfuncional cuando no respeta su identidad, su rol, pierde totalmente su equilibrio y la relación con sus integrantes, crea hábitos dañinos como pueden ser pérdida completa del aseo personal y bucal, pérdida de valores, y no demuestran sus emociones; no existe una comunicación clara, los padres pierden su posición de padres y los hijos aprovechan de ello y se producen enfrentamientos discusiones o sobreprotección de los padres.¹⁸

2.2.1.6 Funciones de la familia

Estos son diversos y cumplen las necesidades básicas que tiene una familia como la alimentación, vivienda, vestimenta, servicio médico entre las que daremos más énfasis es a la función psicológica porque esta desarrolla las capacidades emocionales y de conducta en la etapa de la niñez y adolescencia, otra es la función educativa ya que forma personas con valores y principios como calidad de vida, salud, cultura y comportamiento, La función

económica tiene la capacidad para producir y satisfacer las necesidades básicas de salud bucal y general. Por otra parte, la función de cooperación y de cuidado ayuda a mantener la unión familiar, la seguridad de la misma y apoyo mutuo. La función protectora sirve para cuidar a la familia, a los niños, a los ancianos, a los enfermos. Por último la función social es el desarrollo del comportamiento de la familia frente a la sociedad, se respeta el rol de cada uno de sus miembros y socializan para lograr nuevos miembros en la familia. ¹⁶

2.2.1.7 El rol de la familia en el desarrollo del niño.

Esto va generando en el niño un desarrollo funcional o disfuncional cuando sea adulto. En cuanto a las familias extendidas como abuelos, tíos, primos, completa a la familia y si por algún motivo falta padre o madre los encargados del niño o adolescente son sus familiares próximos creándose otros lazos familiares, otras costumbres, tradiciones, valores, creencias, y el niño se desarrollará con buenas o malas relaciones interpersonales, sociales y de salud. ¹⁷

2.2.1.8 Requisitos para que exista funcionalidad familiar.

Para que exista una funcionalidad en la familia donde debe existir una satisfacción de las necesidades materiales, corporales y espirituales y resolver los problemas que se presente, deben mantener las relaciones interpersonales para que pueda crearse lazos de afecto entre los miembros de la familia y otros, cada uno debe tener una identidad personal para que se relacione a la identidad de la familia, y se vinculen entre sí viviendo nuevas experiencias, hay que fomentar la identidad sexual, para que así se cree nuevas identidades sexuales en un futuro, crear un ambiente sano y tomar la iniciativa de una forma individual. Y desenvolverse de manera competente en el ambiente físico y social, deben saber solucionar las crisis por la que atraviesa la familia de una manera sana. ¹⁹

2.2.1.9 Características de la funcionalidad y disfuncionalidad familiar

Para que exista una funcionalidad familiar se deben de cumplir ciertas características donde la familia funcional debe tener y dar de una manera libre

sentimientos de amor, afecto, ternura así mismo de rabia, ira, pero aquello no debe afectar al entorno de la misma, ya que esas crisis deben ser temporales, deben tener un respeto mutuo de las diferencias de cada uno de los miembros de la familia, igualdad, impulsar el desarrollo del individuo desde el más pequeño al más grande, si existe depresión o tristeza en la familia, debe existir dialogo y enfrenta juntos reforzando la unión misma, es necesario tener en cuenta el estilo y la calidad de vida del individuo, las parejas deben tener responsabilidades repartidas por igual, respeto y apoyo mutuo de los mismos, debe existir adaptabilidad de cada individuo, para satisfacer las necesidades internas y externas y así puedan enfrentar los problemas, el estrés y puedan dominarlos durante el ciclo vital, las familias deben participar en las decisiones que se tomen, para mantener ese equilibrio esa unión de una forma global, debe existir comunicación para resolver los conflictos y tener un dominio de los problemas y tener recursos necesarios para asegurar la economía y la ayuda psicosocial.¹⁹

Por otro lado, existen características de una familia disfuncional que puede deberse al fallecimiento de un miembro de la familia, lo cual crea un desequilibrio porque no existe apoyo emocional y una desintegración familiar si existe ausencia de bienestar familiar y de dialogo claro. La enfermedad física de uno de los miembros puede llegar a producir una desintegración a corto tiempo, por problemas económicos, angustia, tristeza, dolor y descuido de los otros miembros de la familia, al igual que la migración de los padres y abandono de los hijos dejando al cuidado de los abuelos, crea un ambiente de ansiedad, tristeza, llanto por parte de los hijos y van creciendo de una manera frustrada, descuidando su propia salud. Cuando los padres no son buenos modelos a seguir para sus hijos y son inconscientes del cuidado de los mismos, los niños no están de acuerdo con el divorcio y separación de los padres, crecen con sentimientos de abandono, culpa y crecen con un carácter de enojo, agresividad, desobediencia hacia sus mayores, que no exista un objetivo de educación y si su convivencia es pobre siempre existirá desacuerdos.¹⁹

2.2.1.10 Factores que favorecen la disfuncionalidad familiar.

La migración de la familia afecta especialmente a los niños al igual que la desorganización de la estructura familiar por no poder enfrentar las crisis de

una manera razonable. El desempleo y la falta de medios básicos, hace que hasta los hijos trabajen y existan problemas familiares. Los problemas económicos produjeron en el país un 7.7% de desempleo y disfunciones de la familia a nivel social, educativo, y de salud, siendo la tasa más alta de los últimos cinco años, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. La violencia familiar provoca su disfuncionalidad, produciendo problemas psicológicos, económicos y de salud. La desintegración familiar, la separación de los padres afecta a los hijos.¹⁹

2.2.1.11 El instrumento APGAR familiar.

Es un instrumento que muestra como aceptar los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Y que fue diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar.

Inicialmente presentaba 5 ítems, el cual fue ampliado. Se valora el equilibrio de la familia en la vida diaria, en su desarrollo emocional y físico, y la resolución de sus problemas.²⁰ El profesional de la salud obtiene datos sobre la satisfacción que tiene la familia para valorar el estado de salud para que el profesional de salud brinde una mejor atención se necesita saber qué tipo de vida lleva cada familia y sus creencias sanitarias entre otras.⁵

“El APGAR FAMILIAR sirve para saber cómo cada miembro de la familia percibe su funcionamiento en un momento determinado, esto ayudaría al profesional a observar como cada adolescente manifieste sus problemas familiares, y puedan manejar de la mejor manera cada crisis en la que atraviesa la familia, este instrumento sirve para una relación paciente – médico en toda su extensión dentro del sistema de salud”.²¹

El Dr. Gabriel Smilkstein en 1978 creó el Apgar Familiar para evaluar la funcionalidad familiar en base a su experiencia como médico familiar, utilizando este test para la atención primaria de salud.²² Es entendido fácilmente por las personas con educación limitada y en muy poco tiempo se puede completar, se diseñó para el uso en personas de distintos estratos socioeconómicos y de diversos contextos socioculturales.²⁰ La primera evaluación del APGAR Familiar, este evalúa 5 componentes que son: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos.²² La validación de inicio del

Apgar Familiar se realizó en el programa Pless Satterwhite Family Function Index el cual mostró un índice de correlación de 0.80".⁵

La última modificación del APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Arias, en la que se incluye a los amigos.²⁰

a) Componentes del APGAR familiar.

Existen 5 componentes que evalúan el funcionamiento familiar. Son los siguientes:

Adaptación familiar. Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver problemas de estrés familiar y cualquier tipo de crisis por las que atraviesa.

Participación. Evalúa el partícipe de cada miembro de la familia en sus actividades, en la toma de decisiones, responsabilidades que se relacionen con el mantenimiento de la familia como en la parte económica, educativa, biológica, social, en la división de trabajo, como comparten los problemas y como se comunican para resolverlos.

Gradiente de crecimiento. Mide el desarrollo físico, emocional, social y de auto realización que alcanza cada miembro de la familia y como grupo entre sí. También evalúa las distintas etapas del ciclo vital que atraviesa la familia de una forma madura, permitiendo así una individualización, sin ataduras, sin miedos y sin desequilibrios de la misma.

La afectividad. Se mide y demuestra el cariño, el amor, la comprensión, la ira y la tristeza que tiene cada miembro de la familia.

Los recursos o capacidad resolutiva. Mide el compromiso que tiene cada uno de los miembros de la familia en dedicar tiempo a los otros. También implica generar ingresos y espacio personal a cada uno de ellos.⁵

b) Aplicación del APGAR familiar

El APGAR familiar se aplica en servicios orientados a la medicina familiar de rutina, en familias con problemas psicosociales, cuando es necesaria la participación de la familia, para el cuidado de un miembro de la misma, cuando tienen problemas de la vida diaria o cuando no exista respuesta de tratamiento de enfermedades crónicas. Todos los profesionales médicos deben saber que

la funcionalidad de la familia influye mucho en la salud, por ejemplo, se puede relacionar en la obesidad de niños cuando hay una mala alimentación, en la presencia de caries o en ancianos en estado senil que tiene mal cuidado.²³

Rangel, en el 2004, relacionó la funcionalidad familiar según el APGAR Familiar con adolescentes embarazadas y concluyó que la funcionalidad familiar se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja.⁵

Borda, en el 2013, encontró que existe 3 veces más riesgo de presentar depresión postparto en mujeres de 18 a 45 años de edad dependiendo de la disfuncionalidad familiar que se encuentre (leve o grave).²³ Por otro lado, Arenas, en el 2009, encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre la depresión en adolescentes y la percepción de los niveles de funcionalidad familiar.²⁴

Sandoval, en el 2010, no identificó asociación entre la disfunción familiar y la obesidad en niños de 6 a 9 años, ya que no existió relación estadísticamente significativa, pero hubo mayor incidencia de niños obesos en familias probablemente disfuncionales.²⁵

Existen enfermedades crónicas que se relacionan con el nivel de funcionalidad familiar, como es el caso del asma. Guzmán, en el 2008, encontró que la disfuncionalidad severa es notoriamente mayor en familias con integrantes asmáticos.²⁶

López, en 1999, determinó que la funcionalidad familiar no tenía relación estadísticamente significativa entre el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la funcionalidad familiar, dado que el apoyo familiar es una pauta importante para mejorar dicho cumplimiento.²⁷

Toro, en el 2010, encontró que la disfuncionalidad moderada o severa, se encuentra relacionada a la descompensación de la diabetes, siendo en el género femenino donde más se halló esta relación, y cuando esta se ha considerado una patología crónica.²⁸

También existen otros factores en los cuales se usa el APGAR Familiar como problemas de salud física e individual, pacientes inválidos, pacientes con

problemas de salud mental o psicosomáticos que afecta el individuo pero repercute a la familia, ya sea como causa o efecto; alcoholismo, neurosis, drogadicción, colon irritable, úlceras gástricas entre otras.²¹

Esto también se realiza en familias con miembros problemáticos como puede ser conflictos conyugales entre padres e hijos, problemas socioeconómicos como madre soltera, analfabetismo, problemas de vivienda entre otras y en los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.¹⁴

2.2.2 La caries dental.

2.2.2.1 Conceptualización.

La caries dental es una patología multifactorial, continua, crónica y dinámica producto de la acción microbiana en los residuos alimenticios sobre el esmalte dental que trae como consecuencia la proliferación de polisacáridos extracelulares y ácidos implicados en la producción de la caries dental.²⁹

Por su parte, Días lo considera una enfermedad dieto-bacteriana ya que se desarrolla en la presencia de carbohidratos en la placa dental, es también infecciosa ya que tiene carácter invasivo hacia los dientes más próximos.³⁰

Esta enfermedad en la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) se le clasifica con el código KO2.

Tiene la siguiente caracterización:

- Huésped u hospedero: el diente, sobre todo los dientes que retengan más placa bacteriana (premolar y molar).
- Tiempo: Un tiempo regularmente prolongado suficiente para que descalcifique el diente.
- Dieta: alimentos cargados en carbohidratos fermentables, la presencia de la encima salival alfa amilasa o tiatina, de glucosa y la disminución del pH salival.
- Bacterias: estreptococos sanguis de la familia mutans, lactobacillus acidophilus, actinomices naeslundii, actinomices viscosus y otros.

- Inmunización: la inmunoglobina salival y los linfocitos T.

Estas son las características más resaltantes, sin embargo, mayores detalles acerca de los factores se dará más adelante.³⁰

2.2.2.2 El proceso de la caries dental.

La caries dental es un problema que impacta a los niños afectando su salud bucal. La lesión cariosa comienza por la desmineralización del esmalte del diente, y como consecuencia, el diente pierde su brillo cuando la lesión comienza aparecer y se hace blanco-amarillento. En esta etapa no existe dolor y el adolescente no tiene ningún tipo de molestia.

Cuando la caries avanza se forma una cavidad en el diente y este toma una coloración café-amarillo. Si no se le da un tratamiento adecuado, puede llegar a afectar al órgano pulpar y destruir progresivamente los tejidos dentarios, provocar dolores insoportables, conduce a la pérdida de la función masticatoria, la pérdida de los dientes comprometidos y a la apariencia antiestética de los dientes afectados.³¹

2.2.2.3 Factores de la caries dental.

La caries dental es un proceso multifactorial, entre ellos se debe tener en cuenta factores biológicos, genéticos, socio-familiares, educativos, económicos, conductuales y psicológicos. Aquí se amplía algunos dependiendo de su incidencia.

a) Los factores biológicos de la caries dental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que entre los factores más predisponentes a la caries dental se encuentran la inadecuada alimentación, dieta alimenticia con altos contenidos de azúcares, el uso de fluoruros y el inadecuado tratamiento dental por períodos prolongados.

La sacarosa es la más cariógena de todos los carbohidratos, debido a que fermenta, produce ácido y sirve de sustrato para las bacterias estreptococos mutans y lactobacilos (polisacáridos), las cuales, con su capacidad acidúrica y acidogénica, generan cambios químicos en la placa, como la variación de la concentración de los iones de Calcio, fósforo y flúor, disminuyen los iones

inorgánicos, y se incrementa el biofilm que sirve como fuente de energía a las bacterias. Este proceso se potencia aún más con la disminución del Ph en el área dental.³²

b) Factores etiológicos de la caries dental.

Sayer señala que la etiología de la caries dental se debe a tres agentes: huésped, microorganismo y sustrato, que interactúan entre sí.³³ Newbrun 1978 añadió “el factor tiempo como un cuarto factor etiológico para producir caries, asimismo indica la influencia de la edad en la etiología de caries”.³⁴

Existe también la intervención de los factores etiológicos modulares. Entre los factores etiológicos modulares se encuentran los siguientes: tiempo, edad, salud general, grado de instrucción, fluoruros, nivel socioeconómico, experiencia basada en caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento³² por tanto, la caries dental tiene una etiología multifactorial.

c) Factores de riesgo general para la caries dental.

Factores Etiológicos Moduladores. Los factores moduladores no causan directamente caries pero sí intervienen en su aparición y desarrollo, entre ellos están:

La edad. La caries dental afecta tanto a los dientes temporales como permanentes, empieza a exponerse desde los 3 a 4 años y va aumentando a los 11 a 12 años, el diente se va mineralizando con la edad, la sustancia de los prismas se van secando y es más propenso a producir las caries.²⁹

La herencia. Existen anomalías y defectos de calcificación que son transmitidas de una u otra generación.

El sexo. Algunos autores sustentan que el sexo femenino es más proclive a la caries que el masculino, teoría que hasta hoy no ha sido completamente aclarada.²⁹

El grado de instrucción. Establece un indicador de caries dental encontrándose una relación entre el grado de instrucción y nivel de salud.

El nivel socioeconómico. Puede indicar aumento del riesgo de caries, por rechazo social, desempleo, bajos recursos, falta de conocimientos sobre salud, imposibilidad de acceso a la atención odontológica en forma regular. ³⁵

Experiencia pasada de caries. La experiencia del paciente de lesiones cariosas no necesariamente predice un alto riesgo de caries, pero pueden existir nuevas participaciones de lesiones cariosas en pacientes adultos. ³²

El grupo epidemiológico. El pertenecer a un grupo con alto o bajo riesgo de caries fortifica o predispone a esta enfermedad. ³²

Factores de comportamiento. Los usos y costumbres culturales de cada individuo también intervienen la aparición de la caries dental, principalmente lo relacionado con el cuidado de la salud oral tales como el cepillado, el uso de hilo dental, el consumo de azúcares, las visitas al dentista y otros. Estos influyen en el inicio de la enfermedad, todo eso influye el inicio de la enfermedad dependiendo de la intensidad de las prácticas. ³²

2.2.2.4 Medición de la caries dental: Índice del CPO-D

El índice más conocido y utilizado se basa en el número de dientes, mide la presencia de caries en dentición permanente, fue creado por Klein, Palmer y Knutson, durante un estudio dental en escuelas primarias. Este es el principal índice para el uso de los odontólogos, para calcular la prevalencia de caries presentes y pasadas. Se basa en el número de dientes y se toma en cuenta dientes con caries, perdidos por caries y con tratamientos realizados. ³⁶

Este índice se obtiene a través de la suma de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluye las extracciones indicadas, se suma un promedio de 28 dientes, para su explicación se debe descomponer en cada una de sus partes, y se expresa en porcentajes o promedio, importante para relacionar las poblaciones. ³⁶

Signos:

C = caries se coloca una x o se pinta el recuadro de color rojo cuando exista caries en fisuras o cavidades profundas u obturaciones con caries.

O = obturaciones o restaurados, se pinta de color azul cuando esta restaurado con material permanente

P = perdido, depende de la edad del paciente debe tener el diente y fue extraído por caries

D = usado para indicar el número de dientes permanentes afectados.³⁷

Las ventajas de esta medición son las siguientes:

La simplicidad de uso

- La versatilidad de su aplicación
- Es muy práctica para poblaciones grandes
- Ha sido el más utilizado universalmente para la medición de historia de caries y esto posibilita la comparación de resultado y el seguimiento de las tendencias de la enfermedad a través del tiempo y en los diferentes países.²⁶

Las desventajas del este índice son:

- Los valores obtenidos no están relacionados con el número de dientes en riesgo. Por lo que debe ir relacionado con la edad (se debe hacer uso del CPOD y CEOD).
- El CPOD le da el mismo valor a los dientes ausentes, a los cariados sin tratar y los dientes bien restaurados.

2.2.2.5 Factores familiares relacionados con la caries dental.

Diversas investigaciones confirman que la salud bucal es algo que se inicia en el hogar y en la etapa de la niñez.²³ Para que esto se dé, es importante tener en cuenta que los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal de los padres está intrínsecamente relacionado con la salud bucal de los hijos,²⁴ en este sentido, por ejemplo, el pertenecer al nivel socioeconómico bajo,²⁶ la baja escolaridad y el desempleo de los padres tienen íntima vinculación.²⁵

Otros factores que influyen en la salud bucal de los hijos son la ausencia de los padres y la consecuente delegación del cuidado de los niños a abuelos o cuidadores , y el abandono físico,²⁸ los problemas de salud bucal de los miembros de las familias también se ven reflejadas en los hijos , tener más de 4 hijos²⁶ posiblemente porque los padres no se abastecen controlar sus hábitos de aseo bucal; la disfuncionalidad (sobre todo las familias

monoparentales), el tipo de estructura familiar incrementan el riesgo y la gravedad de que en los hijos se dé la caries dental.³⁹

2.2.2.6 La caries dental en los adolescentes.

Generalmente los padres son los responsables por el descuido de sus hijos y por no enseñarles a tener una correcta higiene bucal, ni realizar chequeos dentales, los padres les corresponde indicar a sus hijos el correcto lavado dental, para que la limpieza se vaya haciendo un hábito.³⁶

En adolescentes, la lesión cariosa se debe porque existe una combinación de bacterias cariogénicas, y el tipo de alimentación que llevan, los adolescentes no tienen un control en el consumo de alimentos con azúcares, el tiempo de retención de los mismos en la boca por mucho tiempo, la hora del día en la cual son consumidos y la frecuencia de ingestión, son los que determinan el potencial cariogénico.⁵

2.2.2.7 Factores asociados a la producción de caries dental en la adolescencia.

Existe una varios factores que producen caries en la adolescencia, los principales son bacterias, azúcares y la susceptibilidad de cada persona; para la prevención de la lesión cariosa se emplea flúor, medidas de la alimentación, la higiene bucal y el tratamiento de las lesiones. Los factores de riesgo son los siguientes:⁴⁰

Hábitos alimenticios inadecuados: como los dulces, ingestión de azúcares durante mucho tiempo, bebidas que contengan azúcar.

Higiene bucal: existe un déficit de la limpieza dental de los padres y miembros de la familia, falta de colaboración por parte del adolescente, y alteraciones en la morfología.⁴⁰

Factor socioeconómico bajo. Se asocia al mal hábito de higiene, el bajo nivel educativo de los padres y el aumento de caries en adolescentes de clases sociales baja, y puede estar relacionado a un difícil acceso a los servicios odontológicos.⁴¹

2.2.2.8 La familia y su papel preventivo para la caries dental.

La aparición de la caries se asocia principalmente a factores biológicos, socioeconómicos, en ambiente, comportamiento y la dieta; a lo anterior se suman otros factores, los cuales han sido temas de investigación como son los de la disfuncionalidad familiar y la estructura familiar y su relación con la comunidad.⁴²

Existen proyectos para que la familia participe en el ámbito de la atención primaria de salud bucal, esto ayuda a que la misma tenga unas condiciones de salud favorable a través de la colaboración en atención de nivel primario y poder tener una solución de sus problemas interdisciplinariamente con otras redes de salud.⁴²

2.2.2.9 La familia como factor determinante en la salud y la sociedad.

La familia es una agrupación estable de dos o más generaciones, de las cuales, la de los padres influye en la de los hijos a través de una serie de obligaciones afectivas, morales y económica y de salud. Por ejemplo si los padres generan un daño psicológico en los niños tiende a afectar la salud de los mismos, llevándolos a tener una vida dura y una difícil adaptación en la sociedad.⁴³

La salud bucal colectiva nace por problemas sociales asociados a los problemas de familiares. El objeto de la salud bucal colectiva familiar es la atención y abordaje biopsicosocial de la salud bucal, sus prácticas y cuidados que son acciones necesarias para mantener la salud bucal de las personas, siendo sus sujetos no solo los profesionales odontólogos y su equipo de salud bucal, sino también otros sujetos sociales que con sus prácticas repercuten en ella. Entonces la salud familiar no es un estadio, sino un proceso continuo que se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros, es un proceso único e irrepetible en cada familia, que se caracteriza por manifestaciones propias que la identifican en cada grupo familiar.⁴³ Existen equipos básicos de atención en salud familiar que son los siguientes Medicina, enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería. Equipo de apoyo

complementario, de acuerdo a las necesidades del área de intervención: médicos especialistas, odontólogos, nutricionistas, psicólogos.⁴⁴

La odontología familiar no es un servicio específico, sino un espíritu y una actitud que se articula con diversas prácticas orientadas a la atención integral de la salud de los individuos como parte de un núcleo familiar que tiene un entorno social (comunitario) específico, tomando en consideración aspectos biopsicosociales y multidimensionales en cada uno de los grupos etarios (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), ajustado a sus respectivas características biológicas y de Determinantes Sociales de la Salud.⁴⁵

2.2.2.10 El odontólogo con enfoque a la salud familiar.

La salud familiar es el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes, es decir se refiere a la salud del grupo familiar como célula funcional en la sociedad donde se desarrolla, con o sin problemas de salud – enfermedad de sus integrantes. Por lo tanto se propone realizar un diagnóstico dinámico de la salud familiar que complete los indicadores de funcionamiento familiar, condiciones de vida del grupo y la salud de los integrantes según el impacto que tenga para la familia.⁴⁶ Al interactuar con la comunidad, el estudiante, futuro odontólogo, construye una concepción de salud menos individualista, con más sentido social y aprovecha su práctica y su cercanía con esta para conseguir una mejor identificación, descripción y análisis de factores de riesgo relacionados con el proceso salud-enfermedad al tiempo que busca su control o eliminación; de otra parte, crea en la comunidad o a nivel institucional conciencia del autocuidado en salud.⁴⁷ En la práctica – teórica se revisa temas relacionados con las nociones generales de la salud familiar, conocimiento de las etapas del ciclo vital individual y familiar, estructura familiar, la atención odontológica con enfoque de riesgo, elaboración de historias clínicas en salud familiar y comprende sus instrumentos (familiograma, ecomapa, Apgar familiar), que buscan evaluar recursos en las familias como el apoyo social y la funcionalidad familiar; actualiza conceptos acordes a las demandas del medio relacionados con la sexualidad a través del ciclo vital individual, maltrato infantil y violencia intrafamiliar, familias con pacientes discapacitados, entre otros⁴⁸ y

educación en enfermedades prevalentes en la infancia a través de diferentes estrategias ⁴⁹ en sus componentes clínicos y comunitarios; refiere la importancia de la salud y en especial de la salud bucal a dinámicas como la pobreza y la miseria y como estas pueden comprometer la calidad de vida de las personas. ⁵⁰ Por otro lado, trabaja con los estudiantes en el diseño y desarrollo de programas de "Odontología con Enfoque en Salud Familiar" para ser implementados en las comunidades vulnerables, escenarios de prácticas, donde se evalúan las competencias adquiridas en todos los tópicos revisados y estudiados. Esto logra que desde la práctica odontológica se intervengan diferentes factores de riesgo y se anticipe a la presencia de ciertas enfermedades como la hipertensión, la diabetes y el estrés al realizar educación en los pacientes en temas como la obesidad, sedentarismo, estrés, la dependencia emocional y física, orientaciones en situaciones familiares como el divorcio, demandas por alimentos, patria potestad, afiliaciones al sistema de seguridad social en salud y se modifiquen estilos de vida de los pacientes en relación con su salud física y mental como el hecho de fomentar desde la odontología la realización de ejercicios, seguimientos en la disminución del peso corporal, aumento en la ingesta de vasos de agua, implementación de dietas balanceadas de acuerdo al estado sistémico del paciente y mejoramiento de la autoestima.

Estos cambios se evidencian a través de la implementación de formatos que expresen el cumplimiento de los compromisos de cambios de comportamientos de riesgo por la incorporación de factores protectores adquiridos por el paciente semanalmente, donde el estudiante hace un seguimiento y finalmente entrega un informe detallado de todo lo alcanzado por el paciente a nivel de salud familiar. ⁴⁷

Este modelo de atención en odontología con enfoque en salud familiar, logra mejorar la calidad de vida de los pacientes ya que al atender de manera integral y considerar las diferentes dimensiones que componen un individuo, mejora su salud desde el plano biopsicosocial, tiene en cuenta los factores que están contribuyendo a desmejorar su salud física y mental a través de la detección oportuna, busca apoyo en las demás disciplinas de la salud y genera una atención odontológica transdisciplinaria "viendo más allá de la boca".

Los pacientes logran terminar su tratamiento odontológico con una mejor autoestima, con factores de riesgos controlados o eliminados y con un aumento en factores protectores para su salud. El modelo amerita un seguimiento y evaluación para posteriormente considerar su impacto y posible replicación e implementación en otras instituciones de salud y contribuir de esta forma no solo a mejorar los índices de morbilidad bucal sino también a disminuir las enfermedades y muertes de los pacientes adultos y fomentar mayor número de personas sanas y productivas para un país desde la atención odontológica.⁴⁷

2.2.3 El centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación Alfonso Ugarte.

Es un órgano desconcentrado de la Gerencia de Centros Juveniles, encargados de atender y conducir de manera integral el proceso de rehabilitación del adolescente en conflicto con la Ley Penal, con la aplicación de técnicas socioeducativas, formativas y tratamiento diferenciado. Actualmente el Poder Judicial cuenta con nueve Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación (Medio Cerrado) los cuales se encargan de albergar a los adolescentes infractores, a quienes la autoridad judicial le ha impuesto la medida socioeducativa de internación y con siete Centros Juveniles de Servicio de Orientación al Adolescente (Medio Abierto), para adolescentes con medidas socioeducativas no privativas de la libertad.⁵¹

2.2.3.1 Reseña histórica.

El 21 de mayo de 1902, el Congreso aprueba una Ley propuesta por el gobierno del Sr. Eduardo López de la Romaña, quedando de esta manera establecida la "Escuela Correccional de Varones", la cual tendría como objetivo primordial, reformar a los menores que observasen una conducta "inmoral". Dicho correccional, el primero en el Perú, ocupó un viejo y ruinoso local ubicado en las afueras de Lima, en el entonces alejado distrito de Surco, dependiendo del Ministerio de Justicia, Beneficencia, Culto e Instrucción de aquella época.

En 1932, el gobierno de turno firma un convenio con la Congregación "San Juan Bautista de la Salle", por el cual, los miembros de esta comunidad religiosa, se encargarían de la dirección y administración del Correccional.

Como primera medida, se cambia el nombre del establecimiento por el de "Reformatorio de Menores", imprimiéndose una marcada influencia religiosa.⁴⁰

2.2.3.2 Metodología de atención.

La metodología de intervención es de tipo formativo – preventiva - psicosocial, en ambas modalidades de atención medio cerrada y medio abierto.

El medio cerrado, desarrolla un conjunto de programas graduales, secuenciales e integrados que actúan en forma progresiva y consolidan el proceso formativo del adolescente. El medio abierto lleva a cabo programas no secuenciales y desarrolla con cada programa una estrategia propia, sin embargo ambas modalidades buscan generar en los adolescentes el autogobierno como expresión de su reeducación o resocialización.

Durante este proceso de formación, el adolescente es acompañado y supervisado en forma permanente por el operador en las diferentes actividades y etapas por la cual atraviesa el Sistema, por lo que los horarios que se establecen deben garantizar la presencia educativa continua, a efecto de lograr un comportamiento adecuado como consecuencia de su rehabilitación y posterior reinserción.⁵¹

El adolescente internado y en condición de privado de su libertad tiene la posibilidad de continuar estudios mediante los programas de los Centros de Educación Básica Alternativa (CEBA).

A los adolescentes se les ofrece el servicio de internado donde reciben alimentación, residencia, horarios y espacios para el deporte, educación y asistencia para que practiquen los buenos hábitos de aseo personal, orden y limpieza de los espacios que utilizan y talleres de formación para el trabajo y el autosostenimiento.

Los adolescentes cuentan con personal educador, psicólogos, psiquiatras y personal de asistencia social siempre disponible para orientarlos oportunamente a nivel de estudios, a nivel de manejos de las propias emociones o para la satisfacción de alguna necesidad.

2.3 Definición de términos básicos

APGAR.

Esta voz es un acróstico de las iniciales de los componentes que se utilizan para medir la funcionalidad familiar, estos son adaptación familiar, participación, gradiente de crecimiento, afectividad y recursos. Es un instrumento que permite medir el funcionamiento familiar, contribuye a que el adolescente manifieste sus problemas familiares, y puedan manejar de la mejor manera cada crisis en la que atraviesa la familia.⁵

Funcionamiento familiar.

La funcionalidad o funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. También se puede decir que es el conjunto de sentimientos, acciones y comportamientos que expresan el sentido de familia de parte de todos y cada uno de los miembros. Disfuncionalidad es cuando no se cumple este sentido de unidad y pertenencia.³

Disfuncionalidad familiar.

Disfuncionalidad es cuando no se cumple el sentido de unidad y pertenencia y que conduce al perjuicio material, biológico y afectivo de los miembros.³

Familia.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, es la institución natural que provee de cuidado, afecto, sustento y seguridad a los miembros hasta el logro de la propia autonomía y saludable socialización.¹

Familia nuclear.

Es el grupo humano compuesto y efectivamente integrado por individuos de distinto sexo y edad, donde se cumple el papel de padre, madre e hijos.¹⁴

Familia ampliada.

Es aquella que además de padres e hijos, está compuesta por otras personas como son parientes (abuelos, tíos...) o agregados (personas sin vínculo consanguíneo, servicio doméstico u otros).¹⁴

Familia Monoparental.

Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos.¹⁴

Persona sin familia.

Es la persona que carece de familiares o vínculos sanguíneos en el entorno donde vive. Generalmente esto se da en casos de los inmigrantes, o por situaciones de divorcio o disfuncionalidad. Estos requieren un apoyo y acompañamiento social para llevar una vida digna.¹⁴

Equivalentes familiares.

Se trata de individuos que conviven en un mismo hogar sin pertenecer a un núcleo familiar tradicional estable, puede tratarse de un grupo de amigos, grupos de personas (jóvenes o niños) que viven bajo el cuidado del estado o de alguna organización.¹⁴

Caries dental.

La caries dental es una patología multifactorial, continua, crónica y dinámica producto de la acción de la acción microbiana en los residuos alimenticios sobre el esmalte dental que trae como consecuencia la proliferación de polisacáridos extracelulares y ácidos implicados en la producción de la caries dental.²⁹ Por tanto, la prevalencia es la proporción de individuos de un grupo humano que sufre la enfermedad de caries dental.

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis principal

Ha: Es probable que exista relación entre el funcionamiento familiar y la prevalencia de caries dental en adolescentes de 14 a 18 años.

Hn: Es probable que no exista relación entre el funcionamiento familiar y la prevalencia de caries dental en adolescentes de 14 a 18 años.

3.1.2 Hipótesis derivadas

Es probable que el funcionamiento familiar en los adolescentes de 14 a 18 años sea de disfunción severa o grave.

Es probable que el tipo de familia predominante en los adolescentes del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte sea nuclear.

Es probable que la prevalencia de caries en los adolescentes de 14 a 18 años sea superior al 60%.

3.2 Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional.

3.2.1 Variable funcionamiento familiar.

Definición conceptual.

La funcionalidad o funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. También se puede decir que es el conjunto de sentimientos, acciones y comportamientos que expresan el sentido de familia de parte de todos y cada uno de los miembros.³

Definición operacional.

El funcionamiento familiar se operacionaliza en el análisis detallado en cada una de las dimensiones que son adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, mediante el instrumento APGAR familiar.

3.2.2 Variable prevalencia de caries dental.

Definición conceptual.

La caries dental es una patología multifactorial, continua, crónica y dinámica producto de la acción de la acción microbiana en los residuos alimenticios sobre el esmalte dental que trae como consecuencia la proliferación de polisacáridos extracelulares y ácidos implicados en la producción de la caries dental. ²⁹ Por tanto, la prevalencia es la proporción de individuos de un grupo humano que sufre la enfermedad de caries dental.

Definición operacional.

La prevalencia de caries dental se operacionalizó mediante el uso de instrumentos y equipos de evaluación odontológica y el instrumento índice del CPO-D en los indicadores piezas careadas, piezas obturadas y piezas perdidas.

Cuadro 1: Operacionalización de variables.

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1: Funcionamiento familiar	Adaptabilidad: El adolescente utiliza los recursos para resolver los problemas familiares. Cooperación: el adolescente participa en la toma de decisiones y asume responsabilidades. Desarrollo: demuestra madurez física, emocional y de autorrealización.	Cualitativo: Funcionalidad normal, disfuncionalidad leve, disfuncionalidad moderada, disfuncionalidad severa o grave	Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar - APGAR familiar.	Ordinal

	<p>Afectividad: madura su relación de amor y atención a los miembros de su familia.</p> <p>Capacidad resolutive: toma la determinación de dedicar tiempo a su familia.</p>			
Variable 2: Prevalencia Caries dental	<p>N° de piezas careadas (C)</p> <p>N° de piezas perdidas (P)</p> <p>N° de piezas obturadas (O)</p>	Cuantitativa (números)	Índice del CPO-D	Razón

Variabes secundarias.

Variabes	Indicadores	Naturaleza	Escala de medición
Edad	Años	Cuantitativo (número de años)	Razón
Tipo de familia	Tipos	<p>Cualitativo:</p> <p>Familia nuclear.</p> <p>Familia extensa.</p> <p>Familia monoparental.</p> <p>Familia ensamblada.</p> <p>Personas sin familia.</p> <p>Equivalentes familiares.</p>	Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

4.1.1 Tipo de estudio.

La presente investigación es de tipo no experimental ya que la investigación implica la observación del hecho en su condición natural sin intervención de la investigadora, para luego informar lo observado.

4.1.2 Diseño de investigación.

De acuerdo a la temporalidad:

Es **transversal** porque la medición se llevó a cabo en un momento específico de tiempo y se recolectó los datos necesarios.

De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos:

Es **de campo** porque se la información se obtuvo directamente de las unidades de estudio, en este caso, son los adolescentes de un centro de rehabilitación.

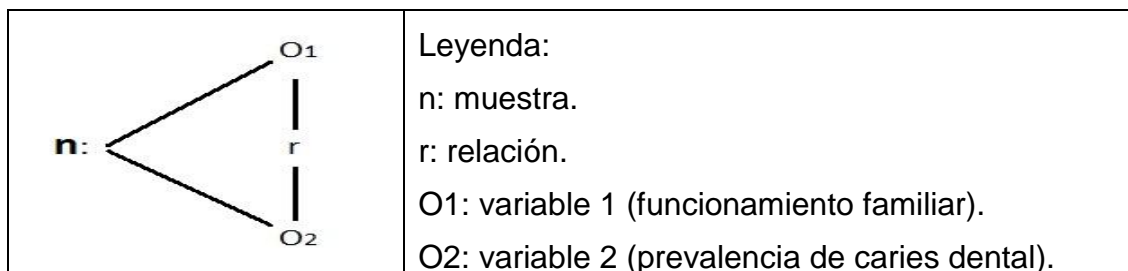
De acuerdo al momento de la recolección de datos:

Es **prospectivo**, debido a que la información fue obtenida en la actualidad y de allí se trabajó para obtener datos certeros.

De acuerdo a la finalidad investigativa:

Es **correlacional**, debido a que busca determinar la relación, vinculación o variación conjunta existente entre las variables funcionamiento familiar y prevalencia de caries dental.⁵²

La representación gráfica de este diseño es el siguiente:



4.2 Diseño muestral.

La población está constituida por adolescentes de sexo masculino con edades comprendidas de 14 a 18 años del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte- Arequipa y que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.1 Criterios de inclusión.

- Adolescentes oficialmente internos en el centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación Alfonso Ugarte de Arequipa 2017.
- Adolescentes de edades comprendidas entre 14 a 18 años.
- Adolescentes que deseen participar voluntariamente y que sus apoderados hayan firmado el consentimiento informado.

4.2.2 Criterios de exclusión.

- Adolescentes que presenten alguna enfermedad sistémica.
- Adolescentes que estuvieran bajo tratamiento ortodóntico.

En vistas de obtener resultados significativos, y dada la escasez de la población (122 internos), Hernández y otros ⁵² recomiendan realizar el estudio en población focal o censal, es decir, en toda la población. Por ello, en el presente estudio se aplicó los instrumentos a toda la población antes mencionada. Por tanto, como se trabaja con toda la población, no hay muestreo.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

4.3.1. Variable 1: Funcionamiento familiar.

Técnica.

Encuesta. Consiste en la obtención objetiva y masiva de la información, lo cual, permite optimizar tiempo y economía.⁵² La información de campo de la variable funcionamiento familiar se obtuvo en los espacios del centro juvenil Alfonso Ugarte y de manera masiva.

Instrumento.

Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar según instrumento APGAR Familiar (anexo 4).

Fue diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar.¹⁷ La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), que se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación (partnertship), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (growth), como la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo; afectividad (affection), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y capacidad resolutiva (resolver), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia. Determinando así en que categoría se encuentra el funcionamiento familiar de cada adolescente. (Anexo 2).

Modo de aplicación.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en forma personal, para cada pregunta se debe marcar solo una X, "cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2:

Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre".¹⁰ Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, donde nunca vale cero puntos, y siempre vale 4 puntos.

Interpretación del puntaje:

La interpretación de los puntajes es de la siguiente manera:¹⁶

- Funcionalidad normal: 28-36 puntos
- Disfunción leve: 19-27 puntos.
- Disfunción moderada: 10-18 puntos
- Disfunción severa o grave: menor o igual a 9.

c) Validez.

El instrumento fue validado inicialmente por Castilla & Shimabukuro en el análisis psicométrico de la escala APGAR Familiar en adolescentes de Lima-Perú.⁵⁰ La validez se probó por juicio de expertos y mediante una prueba piloto del 10% de la población de estudio. En ambos casos, se aprobó largamente la validez del instrumento.

Posteriormente también fue validado para el Perú por Chávez, M.E.R.⁵¹ mediante la investigación titulada Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016 realizada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos mediante el juicio de expertos y la prueba piloto con óptimos resultados.

d) Confiabilidad.

La confiabilidad del instrumento se ha obtenido con el estadígrafo alfa de Cronbach.

**Cuadro 1: Confiabilidad alfa de Cronbach global del instrumento
Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar.**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,821	9

Fuente: base de datos.

$$0,821 \times 100\% = 82,1\%$$

La confiabilidad alfa de Cronbach hallada con este instrumento es de 0,821 (82,1%), este resultados según Hernández y otros corresponde a confiabilidad alta.⁵²

4.3.2 Variable 2: Prevalencia de caries.

a) Técnica.

Observación directa. Consiste en el registro de los hechos observados directamente con atención y focalización en el evento de estudio en vistas de un objetivo específico, planificado y controlado sistemáticamente. En el presente estudio, la información de campo acerca de la caries dental se obtuvo en el área de odontología, analizando con la ayuda de instrumentos y equipos de tratamiento odontológico.⁵³

b) Instrumento.

Instrumento índice del CPO-D (anexo 4).

Es de autoría de Klein, Palmer y Knutson y validado por la OMS. Este instrumento evalúa los dientes careados, perdidos y obturados extraídos (o restaurados). Sirve para medir la prevalencia de caries presente y pasada.³²

La aplicación de este índice requiere la implementación de un laboratorio que permita examinar detalladamente las piezas dentarias.

Aquí no hay baremos ya que no se está midiendo riesgo sino prevalencia.

c) Validez.

El instrumento tuvo sucesivas adaptaciones al Perú, entre ellos figura la de Días, M.A. en su estudio Prevalencia de caries en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Santo Toribio de

Mogrovejo de Chiclayo. La validación del instrumento lo realizó por juicio de expertos y mediante la aplicación de una prueba piloto. Los resultados de ambos análisis indican que el instrumento mide lo que debe medir.²⁶

Se ha eliminado la confiabilidad a sugerencia del asesor estadístico, ya que no se trata de una ficha de encuesta sino una ficha de observación clínica.

4.4 Técnicas de procesamiento de la información.

Ante todo, se presentó a los directivos del Centro Juvenil Alfonso Ugarte una solicitud para la realización del estudio sobre la funcionalidad familiar y la prevalencia de caries, lo cual, fue aceptada porque era mutuamente beneficiosa. Se presentó la carta para solicitar la firma de consentimiento, en algunos casos, de los apoderados que frecuentan la institución; en otros casos, lo firmó el director de la institución. El modelo de carta de consentimiento se encuentra en el anexo 2.

Se pactó las fechas y los espacios para la aplicación del instrumento y para el análisis de caries de los adolescentes.

Se implementó los instrumentos adecuados para el estudio de ambas variables.

Se conversó previamente con los adolescentes para la realización del estudio, lo cual, aceptaron sin ninguna dificultad.

En la fecha indicada, se reunió a los estudiantes en un aula de la institución. Se les comentó la importancia de la sinceridad en las respuestas que den, se puntualizó la libertad de participación y la reserva de la información. Teniendo en cuenta estos criterios los adolescentes procedieron a contestar el cuestionario de evaluación de la funcionalidad familiar. Hubo algunas preguntas con las esperadas aclaraciones.

Posteriormente se visitó el área dental del Centro Juvenil y se realizó el examen bucal utilizando el índice de CPOD, realizando una profilaxis previa y haciendo de dos espejos bucales y explorador de punta roma con una buena iluminación, se utilizó lápiz bicolor para proceder al llenado del odontograma. Se recogió la información conforme a los ítems del instrumento y se tomó evidencias fotográficas que se presentan en los anexos de esta investigación.

Una vez obtenido los datos, se realizó la revisión y codificación de las fichas para ingresarlo ordenadamente al software estadístico spss-22.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Una vez tabulada la información de campo, se realizó la agrupación y categorización de datos conforme a los componentes de los instrumentos y su respectiva baremación.

La satisfacción de los objetivos requiere la aplicación de una estadística descriptiva y otra inferencial. La estadística descriptiva se presenta con frecuencias absolutas (frecuencias), frecuencias relativas (porcentajes), media, máximo, mínimo y desviación estándar.

En la estadística inferencial, se utilizó el estadígrafo análisis de varianza entre las variables funcionamiento familiar y prevalencia de caries dental. Los criterios de interpretación de la significancia o p-valor son.⁴⁹

Si la significancia (...) < valor alfa (0,05) se rechaza la hipótesis nula y se aprueba la hipótesis de investigación.

- Si la significancia (...) \geq valor alfa (0,05) se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.⁴⁹

4.6 Principios éticos

La presente investigación cumple con las consideraciones éticas dadas por la Declaración de Helsinki-Seúl y aprobada el 2008 por la Asociación Mundial de Medicina. Se tuvo en cuenta:

El principio de Autonomía por la que se vela por la libre participación en la investigación, el respeto por sus convicciones y la solicitud de las personas adultas responsables de los adolescentes.

El principio de Beneficencia por la que se promueve la salud y el bienestar de las personas.

El principio de no maleficencia por la que se evita hacer daño y minimizar cualquier riesgo que se derive de la investigación.

El principio de Justicia que comprende el trato justo y equitativo a todas las personas en atención. Los resultados de la investigación sólo se utilizaron de manera anónima, confidencial y con fines investigativos.

CAPÍTULO V
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo.

Cuadro N° 1

Edad de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

Edad	N°	%
14 – 15 años	11	9,1
16 – 17 años	68	55,7
18 años	43	35,2
Total	122	100,0

Fuente: Base de datos

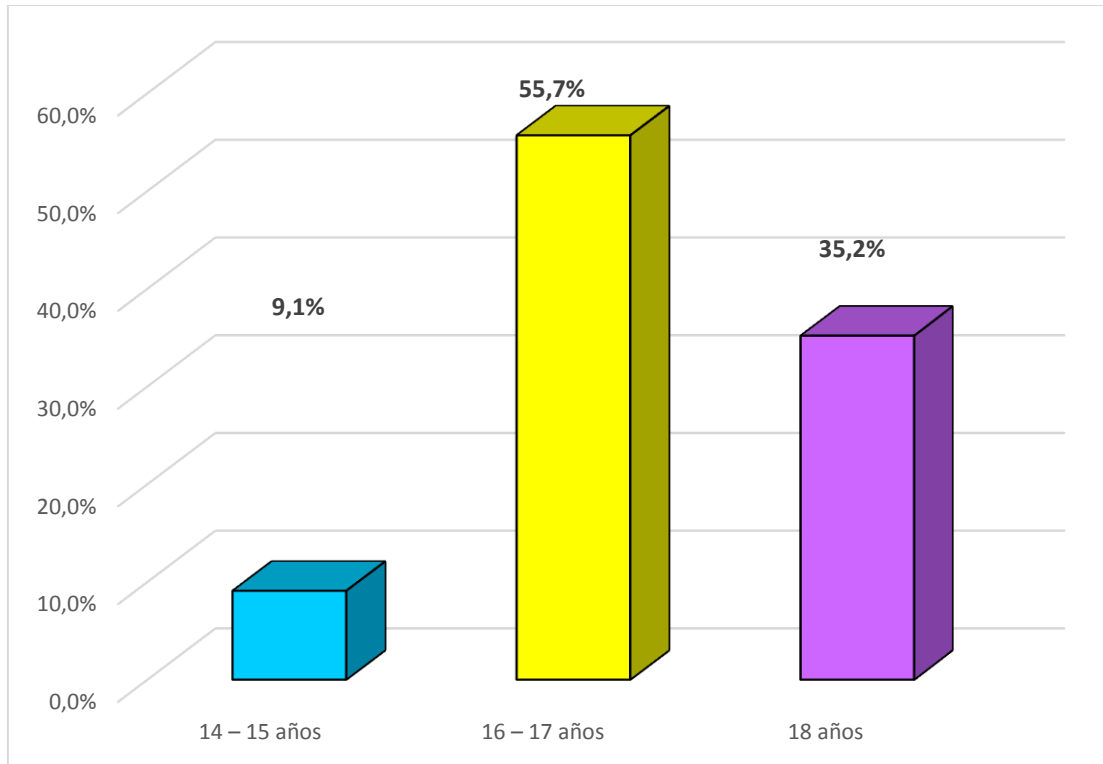
Interpretación:

En referencia a la edad de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte estas oscilan entre los 14 a 18 años; cuyos valores son los siguientes:

El 55,7% está entre los 16 y 17 años, además que un 35,2% su edad es 18 años y por último el 9,1% está en edad de 14 a 15 años.

Gráfico N° 1

Edad de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.



Fuente: Base de datos

Cuadro N° 2

Tipos de familia de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

Tipos de familia	N°	%
Familia nuclear	61	50,0
Familia monoparental	24	19,7
Familia ensamblada	24	19,7
Familia extensa	7	5,7
Sin familia	6	4,9
Total	122	100,0

Fuente: Base de datos.

Interpretación:

Respecto a los tipos de familia de los adolescentes internos, se ha obtenido los siguientes hallazgos:

El 50% proviene de una familia nuclear, es decir, es hijo de un padre y una madre que vive junta, pero esto no asegura que haya buena convivencia.

El 19,7% proviene de una familia monoparental, es decir, viven con solo mamá o papá, generalmente solo con mamá.

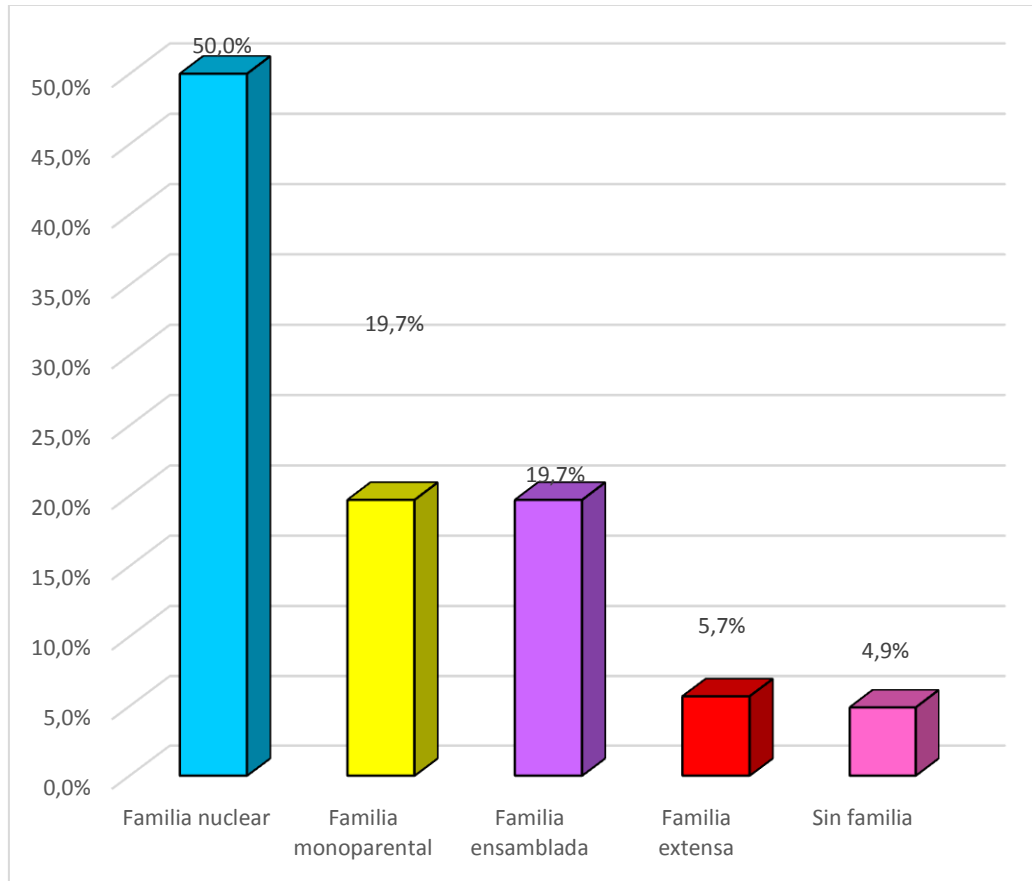
El 19,7% proviene de una familia ensamblada, es decir, ambos o uno de los padres, antes o después de tener al hijo adolescente que está interno, ha tenido otra familia y al menos un hijo o hija.

El 5,7% proviene de una familia extensa, es decir, vive con abuelos, tíos y otros miembros que no son de su familia nuclear, posiblemente por falta de vivienda propia, por carencia de recursos para subsistir solos u otras razones.

El 4,9% no tiene familia, es decir, no tiene o ha perdido a sus padres por alguna razón, quizá por algún accidente o por intervención del poder judicial, debido al descuido o abandono del hijo.

Gráfico N° 2

Tipos de familia de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.



Fuente: Base de datos.

Cuadro N° 3

Funcionamiento familiar de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

Funcionamiento familiar	N°	%
Disfunción severa o grave	61	50,0
Disfunción moderada	47	38,5
Disfunción leve	14	11,5
Funcionalidad normal	0	0.0
Total	122	100,0

Fuente: base de datos.

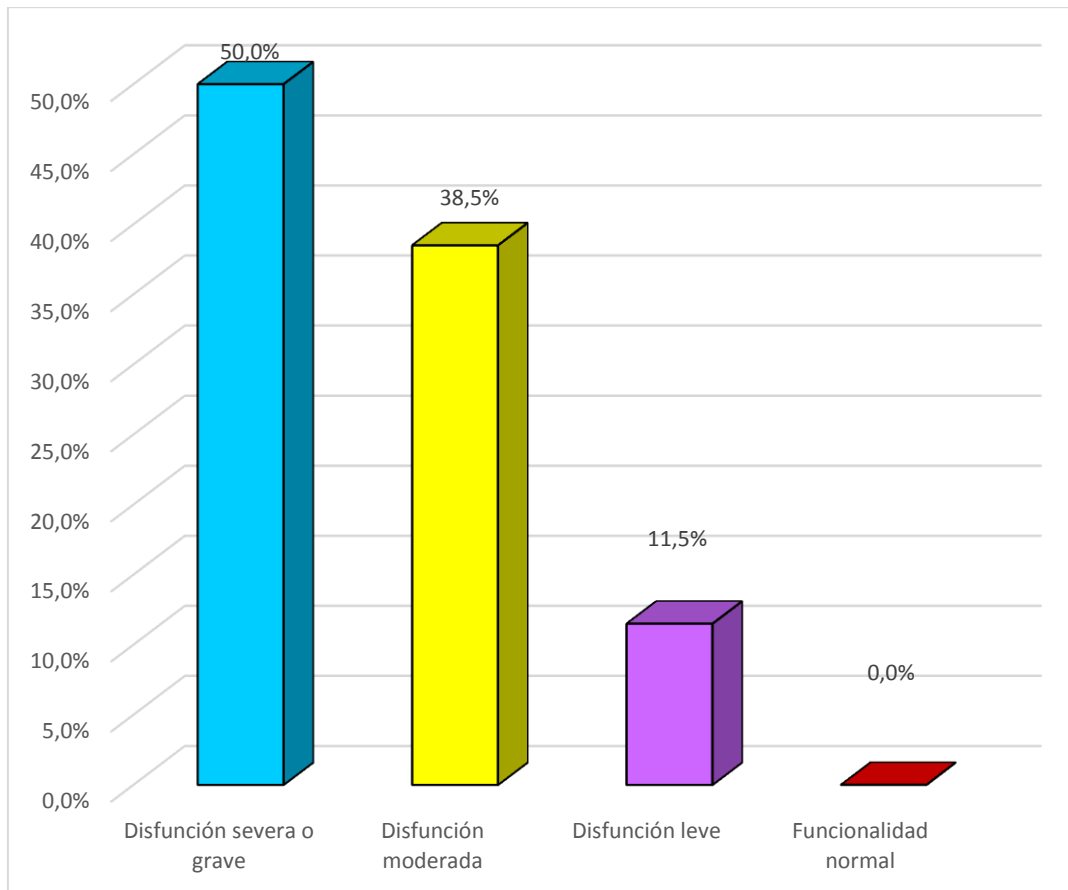
Interpretación:

El funcionamiento familiar se ha evaluado en base a los niveles funcionalidad normal, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción severa.

El 50% de los adolescentes internos en el centro juvenil Alfonso Ugarte sufre la disfunción severa en su familia, el 38,5% disfunción moderada, y el 11,5% disfunción leve.

Gráfico N° 3

Funcionamiento familiar de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.



Fuente: Base de datos.

Cuadro N°4

Prevalencia de caries de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

Prevalencia de Caries	N°	%
Piezas cariadas	121	99,2
Piezas obturadas	82	67,2
Piezas perdidas	55	45,1
Total	122	100,0

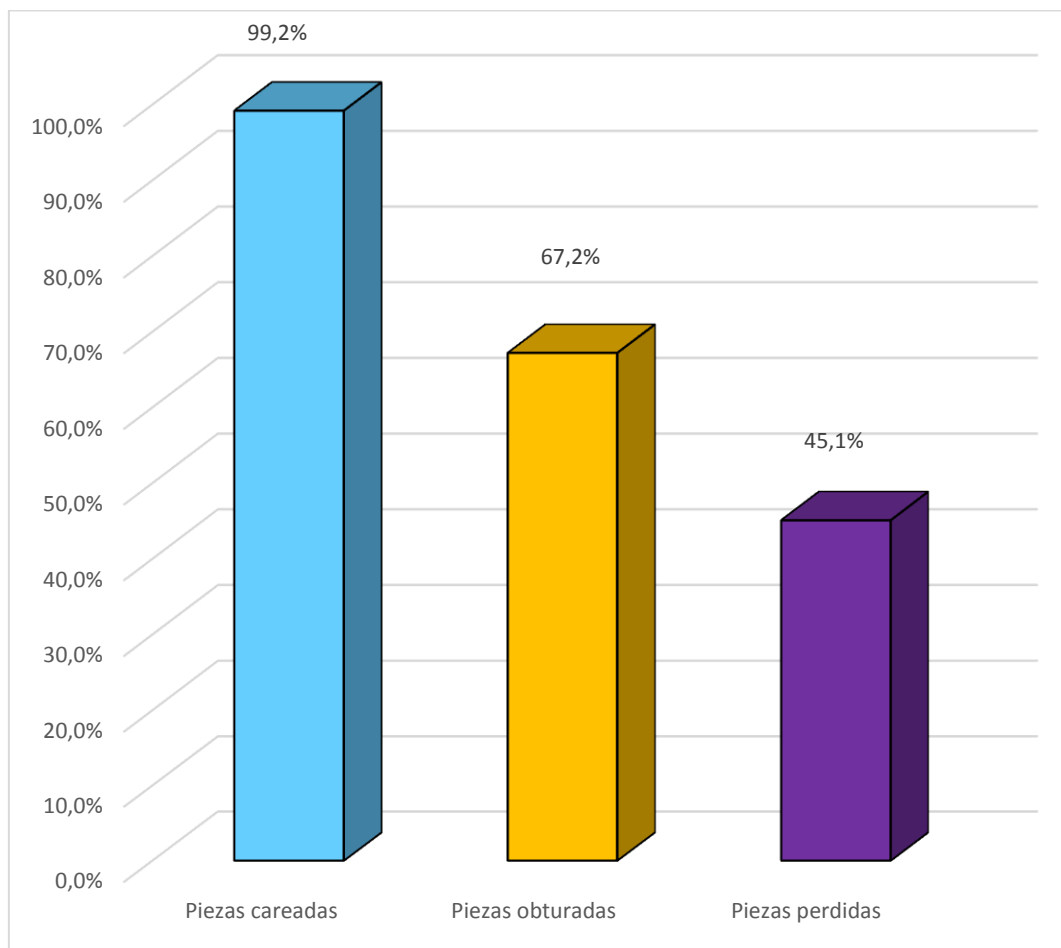
Fuente: Base de datos.

Interpretación:

Podemos apreciar la prevalencia de caries, desde la perspectiva de sus tres componentes, evidenciándose que, del total de la población estudiada, el 99,2% de ellos tiene piezas cariadas; en tanto el 67,2% evidenció la presencia de piezas obturadas y, finalmente, el 45,1% tiene piezas perdidas.

Gráfico N°4

Prevalencia de caries de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.



Fuente: Base de datos.

Cuadro N° 5

Índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

CPOD	Piezas cariadas	Piezas perdidas	Piezas obturadas	Índice
Media aritmética	6,88	0,89	2,68	10.45
Desviación estándar	3,75	1,28	2,62	7.65
Valor mínimo	0	0	0	0
Valor máximo	22	8	10	22

Fuente: Base de datos.

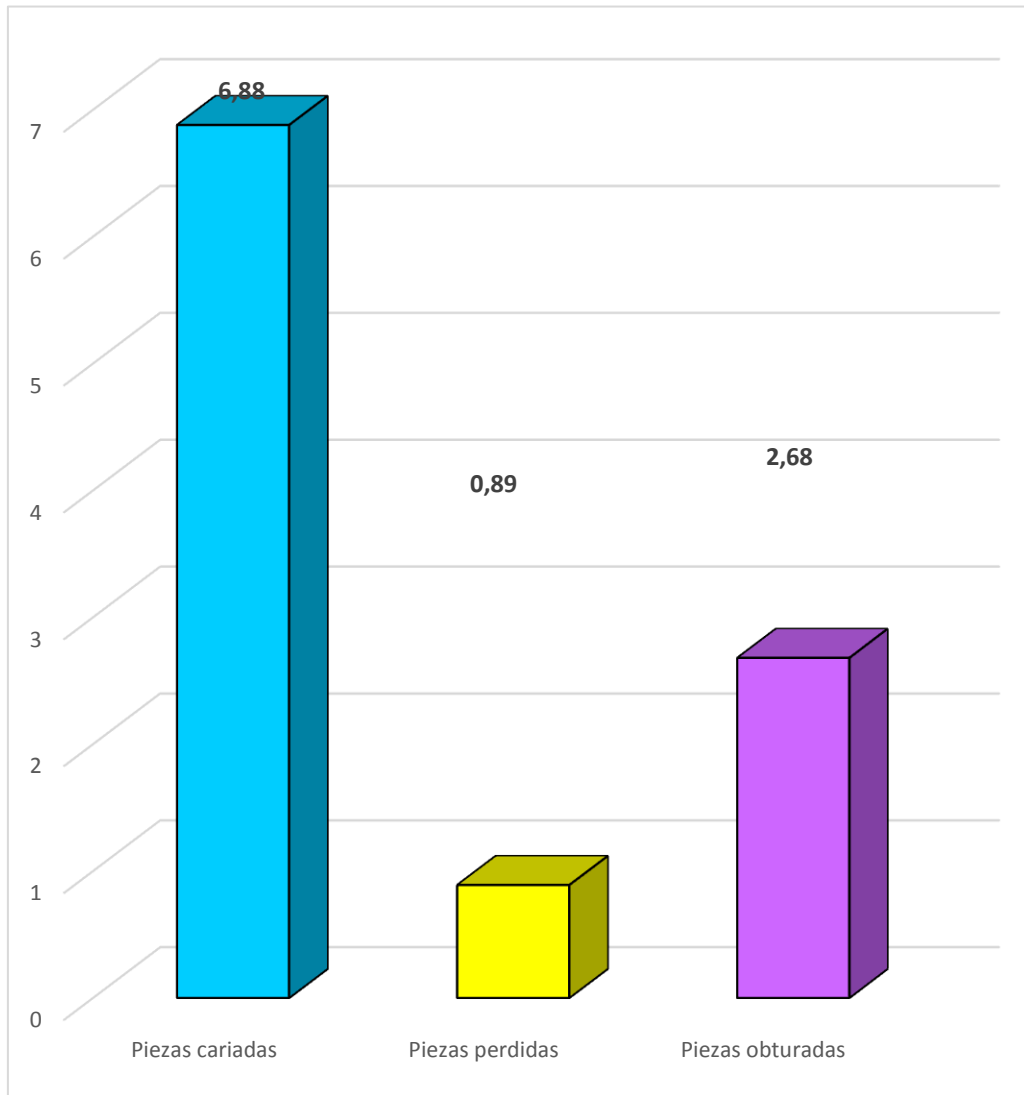
Interpretación:

En los adolescentes del centro juvenil Alfonso Ugarte el promedio de piezas cariadas fue de 6.88, oscilando desde ninguna pieza con caries llegando hasta las 22 con esta enfermedad; respecto a las piezas perdidas, tuvo como media aritmética 0,89, con un valor mínimo de 0 y máximo de 8 y, respecto a las piezas obturadas, este alcanzó un promedio de 2,68, observándose desde 0 y hasta 10 obturaciones.

Respecto al índice de CPOD, que es la suma de los tres componentes (cariadas, perdidas y obturadas), se encontró que llegó a un promedio de 10.45, valor que es considerado como muy alto por la Organización Mundial de la Salud.

Gráfico N° 5

Índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.



Cuadro N° 6

Relación entre Funcionamiento Familiar y el Índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

Funcionamiento Familiar	Índice CPOD		Total
	Media	Desviación Estándar	
Disfunción Leve	8.64	2.73	14
Disfunción Moderada	10.09	4.43	47
Disfunción Grave	11.15	4.07	61

Fuente: Base de datos.

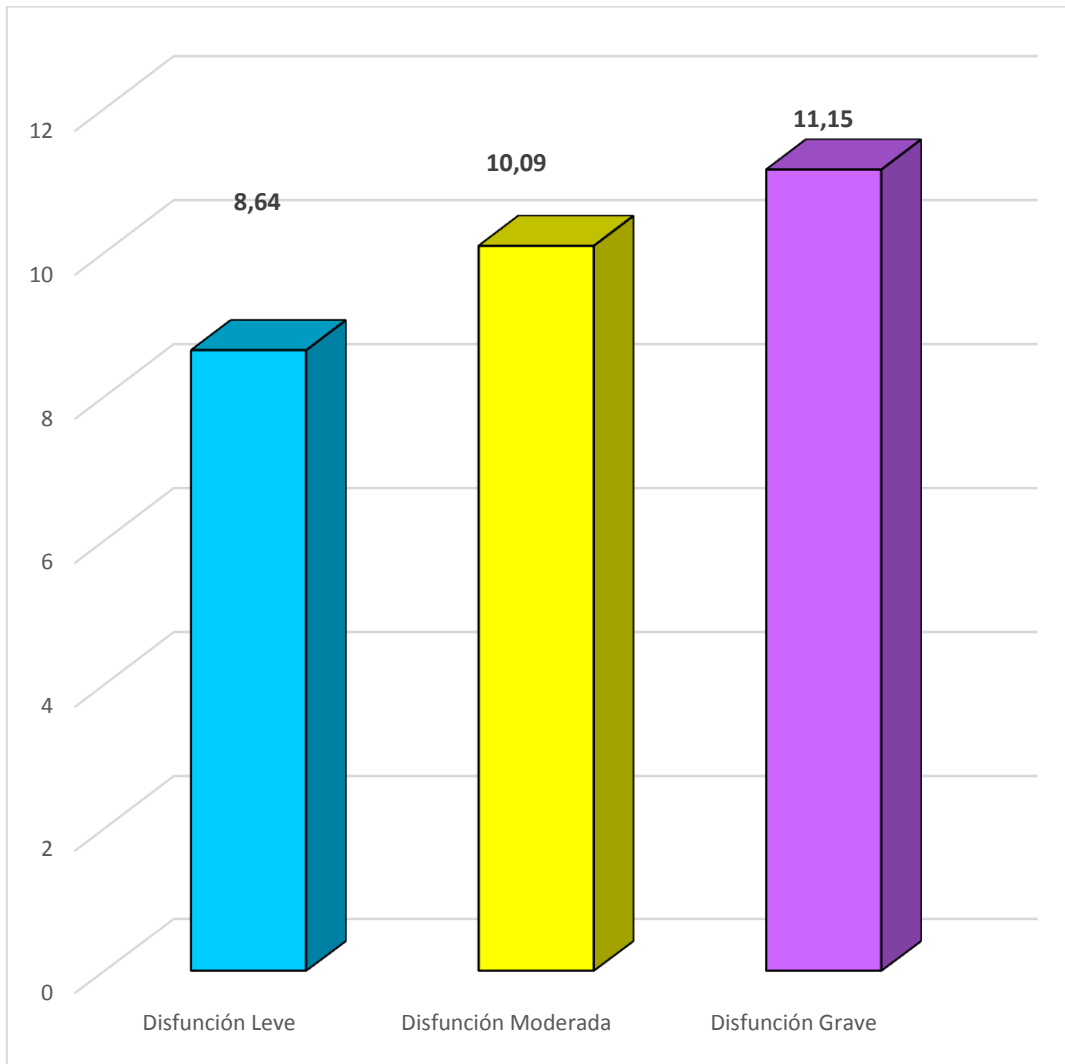
Interpretación

Procedemos a relacionar el funcionamiento familiar y el índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte; como se puede observar de los resultados obtenidos, aquellos adolescentes que tenían disfunción familiar leve, presentaron un índice de CPOD promedio de 8.64 piezas con historia de caries; respecto a los que tenían disfunción moderada, su índice CPOD fue de 10.09 y los que llegaron a disfunción grave o severa, el índice alcanzó un promedio de 11.15.

Así mismo, en función de los datos hallados, se puede evidenciar que mientras mayor sea la disfunción familiar que presentan los adolescentes, su índice de caries CPOD tiende a aumentar.

Gráfico N° 6

Relación entre Funcionamiento Familiar y el Índice de CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.



Fuente: Base de datos.

5.2 Análisis inferencial

Cuadro N° 7

Prueba de Análisis de Varianza para relacionar el funcionamiento familiar con el índice de caries CPOD de los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte.

Disfunción familiar	Valor estadístico	gl	P
Índice CPOD	4,462	119	0,042

En la relación llevada a cabo entre el funcionamiento familiar y el índice de caries CPOD (Cuadro N° 6) en los adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte, se aplicó la prueba estadística de Análisis de Varianza, la cual compara las medias del índice encontradas entre los tres niveles de la funcionabilidad familiar, para determinar a través de este proceso si existe o no relación entre estas variables.

Como se aprecia, según la prueba estadística aplicada, el funcionamiento familiar tuvo relación significativa con el índice de caries CPOD, pues las diferencias encontradas son significativas, por tanto podemos afirmar que mientras mayor sea la disfuncionalidad familiar en los adolescentes evaluados, mayor será su índice de caries y, por ende, su prevalencia.

5.3 Comprobación de las hipótesis.

5.3.1 Hipótesis principal

Es probable que exista relación entre el funcionamiento familiar y la prevalencia de caries dental en adolescentes de 14 a 18 años.

Regla de decisión

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis

Si $P \leq 0.05$ Si se acepta la hipótesis

Conclusión:

Procedemos a aceptar nuestra hipótesis principal, pues las diferencias fueron significativas estadísticamente, por tanto, el funcionamiento familiar tiene relación con la prevalencia de caries.

5.3.2 Hipótesis derivadas

Primera:

Es probable que el funcionamiento familiar en los adolescentes de 14 a 18 años sea de disfunción severa o grave.

Conclusión:

La mayoría de adolescentes con disfunción familiar severa corresponde a un 50%.

Segunda:

Es probable que el tipo de familia predominante en los adolescentes del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte es el nuclear.

Conclusión:

La segunda hipótesis derivada se acepta, pues hemos encontrado que el mayor porcentaje de adolescentes presenta familia nuclear.

Tercera:

Es probable que la prevalencia de caries en los adolescentes de 14 a 18 años sea superior al 60%.

Conclusión:

La tercera hipótesis derivada planteada en nuestra investigación se acepta, pues queda demostrado que casi todos los adolescentes evaluados (99.2%) presentaron caries.

5.4 Discusión.

La presente investigación se ha trabajado a la luz de la teoría existente acerca de las variables funcionalidad familiar y prevalencia de caries dental. Asimismo, los instrumentos utilizados tienen validación en el Perú y confiabilidad adecuada. La confiabilidad alfa de Cronbach del instrumento APGAR familiar fue de 0,821 (82,1%) al 95% de confianza. El CPO-D es una ficha de evaluación clínica reconocida y validada por la organización mundial de la salud y por el ministerio de salud del Perú.

El estudio de campo se realizó respetando la libertad de participación, previo conocimiento de causa, con sinceridad y confidencialidad. Finalmente, en el análisis estadístico se ha seguido todos los criterios necesarios para la obtención de una información confiable. Todo esto da noción de que los resultados que se brindan en este informe de investigación son objetivos y creíbles.

En cuanto al funcionamiento familiar se ha aprobado la primera hipótesis derivada porque en la población de estudio hay disfunción severa o grave. A decir de Land ¹³ esto indica que en las familias de procedencia de estos adolescentes no hay adecuadas conductas de pertenencia, unidad, comunicación, de cumplimiento del propio rol y de práctica de valores, son actitudes de descuido de las necesidades físicas y emocionales de manera constante. Esta situación favorece un ambiente trastornado ¹² que hace perder de vista el vínculo afectivo y el sentido de corresponsabilidad. Posiblemente esta situación sea una de las causales de los actos delictivos de los adolescentes, esto podría probarse en un futuro estudio.

Con respecto a la prevalencia de caries también se aprobó la segunda hipótesis derivada ya que en los adolescentes se encontró muy alto riesgo (86,9%), mayor presencia de caries y menores incidencias de piezas obturadas y perdidas. En la misma dirección, Pajuelo ⁵⁴ en una investigación descriptiva realizada en Lima, en una población similar de adolescentes internados por motivos delictivos, también encontró alta presencia de caries, lo cual le motivó

realizar tratamientos dentales urgentes. Esto puede llevar a pensar que de alguna manera la delictividad pueda estar vinculada a la cariación dental, sería motivo de una futura investigación.

Por otra parte Villena y otros ⁸ encontraron índice de 99,9% de cariación en niños de comunidades urbano marginales de Venezuela. Los datos hasta ahora encontrados hacen pensar que el vivir en la ciudad, el tener acceso a los productos de aseo y a la cultura como el vivir en una familia que cumple bien su función pueden ser agentes protectores de la caries dental.

Para hallar la relación entre las variables funcionalidad familiar y caries dental se ha hecho uso del estadígrafo análisis de varianza que permite determinar la media de caries con la funcionalidad o disfunción familiar. Cabe precisar que el hecho de tener una población completamente disfuncional ha dificultado la claridad de los resultados y el acceso a resultados más contundentes.

Ante todo se analizó la calidad u homogeneidad de varianzas y se obtuvo adecuadas condiciones para el siguiente análisis. A nivel global entre las variables funcionamiento familiar y caries (tomado como prevalencia o como promedio) se halló $p(0,03) < \alpha(0,05)$ lo que lleva a concluir que el funcionamiento familiar tiene un efecto estadísticamente significativo en la caries dental. A nivel de cada uno de los grupos sólo se encontró diferencias significativas entre disfunción leve y disfunción severa ($p = 0,025$).

Todo esto permite concluir que la funcionalidad familiar tiene relación con la prevalencia de caries en los adolescentes del presente estudio, pero en seguida emerge la debilidad del análisis de varianza: no permiten detectar si la relación es positiva o negativa, ni cuál es la intensidad de la misma. Por ahora, sólo vale indicar que la funcionalidad familiar tiene relación con la prevalencia de caries dental.

Este resultado tiene coherencia con lo hallado por Díaz y otros ⁵ que indican que la caries dental tiene asociación con el rol del padre como formador de hijos ya que haciendo uso de su autoridad ayuda a internalizar hábitos de salud bucal. La funcionalidad familiar en gran manera está bajo la responsabilidad de los padres, quienes, gracias a su autoridad, madurez psicológica y humana pueden ayudar a establecer comportamientos y prácticas saludables. La

escuela puede apoyar en cierta manera, pero mayor es la significatividad de los padres tanto en la generación conservación y consolidación de prácticas de salud.

El presente estudio ha permitido aprobar la hipótesis principal y las hipótesis derivadas, a consecuencia de estos resultados queda la tarea de ayudar a las familias a tomar conciencia de su deber ineludible con la funcionalidad familiar para inculcar hábitos saludables, lo cual redundará en el bienestar personal y económico de la familia de la sociedad y el estado.

La literatura y la experiencia cotidiana permiten hipotetizar que la prevalencia de caries dental puede tener vinculaciones también con otras variables de tipo familiar y educativo. Es importante que en futuros estudios se continúe identificando variables que tienen variación conjunta con esta variable.

CONCLUSIONES

En la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

PRIMERA:

El nivel de funcionamiento familiar en los adolescentes del centro juvenil Alfonso Ugarte es de disfunción severa o grave (50%).

SEGUNDA:

En relación a los tipos de familia predominantes, hemos encontrado que predomina las familias nucleares (50%) , en tanto en la minoría se evidenció las familias monoparentales (19,7%) y ensambladas (19,7%).

TERCERA:

En cuanto a la prevalencia de caries dental, se ha encontrado que correspondió al 99,2%; respecto a las piezas obturadas fue de 67,2% y en el componente de piezas perdidas fue de 45,1%. Así mismo, el índice de caries CPOD obtenido fue de 10.45.

CUARTA:

Hemos demostrado que existe relación entre el funcionamiento familiar y el índice de caries CPOD, dado que mientras más disfunción se observe en los adolescentes mayor será la prevalencia de caries.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Para los directivos del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte.

Favorecer los hábitos de higiene bucal mediante talleres de formación humana dirigidas por odontólogos, de manera que comprendan la importancia de esta dimensión, que reciban el seguimiento adecuado de los educadores, y lo lleven a la práctica durante su estadía en el centro juvenil y fuera de ella.

Ofrecer a los adolescentes atención de tratamiento dental para curar o prevenir futuros eventos relacionados con la caries dental.

SEGUNDA:

Para las familias de los adolescentes del Centro Juvenil de diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte.

Es importante restablecer la funcionalidad familiar mediante gestos concretos que expresen afecto, preocupación por la realización personal de todos los miembros, cuidar los detalles, incidir en el cumplimiento del rol de padres e hijos comenzando por el buen ejemplo. Esto permitirá recuperar la fe y la confianza en el entorno familiar y social.

TERCERA:

Para la Universidad Alas Peruanas, Escuela de Estomatología.

Publicar y dar a conocer los resultados de la presente investigación, de manera que futuros investigadores lo amplíen con un estudio correlacional comparativo en personas con adecuado y severo funcionamiento familiar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1 Condori L. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
- 2 Begoña Alfageme Gonzáles Una introducción al aprendizaje colaborativo 2 M^a. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10768/Alfageme2de3.pdf>
- 3 Vargas C, Vaca R. Slideshare. [Online].; 2010 [cited 2016 6 17. Disponible en: <http://es.slideshare.net/RafaelLeyva1/disfuncin-familiar>
- 4 Jackson D. Comunicación familiar y matrimonio. 1st ed. Buenos Aires: Nueva Edición; 1984.
- 5 Suárez M, Alcalá M. Apgar Familiar: Una herramienta para detectar la disfunción familiar. La Paz. 2014 Enero-Junio; 20(1).
- 6 Robert Beaglehole, Alec Irwin Y Thomson Prentice. Organización mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza.
- 7 Ponce Tejada Dalia. Módulo de promoción de la salud bucal higiene oral/ Ministerio de salud. Dirección General de Promoción de la salud Dirección ejecutiva de educación para la salud – Lima Ministerio de Salud; Tercera edición 2014. Disponible en: <http://www.minsagob.pe/bvminsa.asp>
- 8 Poder judicial del Perú. Centros juveniles. Lima-Perú. 2014. Disponible en: https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/Centros+Juveniles/s_centros_juveniles_nuevo/as_centros_juveniles/as_conocenos/inicio_quienes_somos
- 9 Díaz, Sh.; Arrieta, K.; González, F.. Factores familiares asociados a la presencia de caries dental en niños escolares de Cartagena, Colombia. Revista Clínica médica y familiar 2011, 4 (2): 100-104.
- 10 Narváez J. Prevalencia de caries dental según el índice de CEOD en niños y niñas de 6 a 4 años de edad que están bajo el cuidado de sus padres vs niños y niñas que han sufrido algún tipo de desintegración

- familiar en la escuela Fiscal Mixta Mentor Gamboa Collantes Quito: Universidad Central del Ecuador; 2011.
- 11 Pajuelo, R.E.. Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en el centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación de Lima. Universidad Federico Villarreal. 2012.
 - 12 Castillo, D.; García, M.. Prevalencia de Caries Dental en la población infantil que acuden al ambulatorio urbano La Haciendita en el Municipio Mariara, estado de Carabobo. Revista Acta Odontológica Venezolana. 2011; 49 (4): 109-119. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art11.asp>
 - 13 Villena, R.; Pachas, F.; Sánchez, Y. Carrasco, M.. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Rev. Estomatol. Herediana. 2011; 21 (2): 79-86. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552011_00010004&script=sci_arttext (accesado 10 Feb 2015).
 - 14 De La Revilla L.. Estructura Y Función Familiar. En: De La Revilla L. Manual De Atención Familiar. Bases Para La Práctica Familiar En La Consulta. Granada: Ediciones Adhara, 1999; P.95-97
 - 15 Salamovic Marian, Familia y futuro un programa regional en américa latina y el caribe Santiago de chile, 1994. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2156/S9410132_es.pdf?sequence=1
 - 16 Morín R.. Educando con desordenes emocionales y conductuales. Primera Edición ed. Morín R, editor. Puerto Rico: UPR; 2004.
 - 17 Laresa V.. Higiene dental personal diaria. Primera Ed. Toronto: Trafford Publish; 2008.
 - 18 Pérez, A. & Reinoza, Marianela. El educador y la familia disfuncional. Revista venezolana de educación Edúcere; 2011, 15 (52); pp. 629-634. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35622379009.pdf>
 - 19 Martínez M.. Funcionalidad y disfuncionalidad de la psicoterapia familiar México DF: Universidad Autonoma de México; 2010.

- 20 Arias L, Herrera J.. El apgar familiar en el cuidado primario de la salud. Colombia. 1994; 26(8).
- 21 Smilkstein G.. The family Apgar: A proposal for a family function test and its use by physicians. Journal family practice. 1978 Junio; 1231(9).
- 22 Colombiana de Salud S.A. colombiana de salud. [Online].; 2014 [cited 2016 Julio 4. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjF5rmRpqTRAhUGySYKHaFiCjkQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.colombianadesalud.org.co%2FMEDICINA%2FINSTRUCTIVO%2520APGAR%2520FAMILIAR.pdf&usg=AFQjCNFII3UZZosxK4zb11Dmay_2K.
- 23 Romero, M.; Bedregal, P.; Bastías, G.. Situación Salud Materno infantil y familia en Chile. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1994; 23:10-4.
- 24 Annrup, K.; Broberg, A.; Lundin, S.; Hakeberg, M.. Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs. cooperative child dental patients. Europe Journal Oral Sciences, 2002; 110:75-82
- 25 Pérez, S.; Soto, L.. Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. Revista Cubana Estomatología 2002, 39 (3):265-81.
- 26 Franco, A.S.; Kurzer, E.; Castro, L.; Giraldo, M.. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Revista CES Odontología. 2004; 17 (1):19-29.
- 27 Bustamante, Z.; Camargo, L.; Franco, A.. Estado de salud bucal de niños preescolares y escolares de nivel socioeconómico alto y medio alto. Revista CES Odontología. 1998; 11 (1): 35-8.
- 28 Martignon, S.. Caries dental y asociación a factores de riesgo en la población escolar de Monquirá, Boyacá. Revista científica Universidad del Bosque 2003; 9 (2): 28-34.
- 29 Takahashi, B.N.. Caries Ecology Revisited: Microbial Dynamics And The Caries Process caries Res 2008. 42: P. 409-418.
- 30 Días, M.A.. Prevalencia de caries en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, 2015.

- 31 Nieto, C.P.. Nivel de funcionalidad familiar y caries dental en niños de 6 a 12 años de la unidad educativa fiscal Bicentenario Distrito 7. Quito: Universidad Central de Ecuador. 2017.
- 32 Ruottinen, S.; Karjalainen, K.; Pienihäkkinen, H.; Lagström, H.; Niinikoski, M.; Salminen, T. & Rönnemaa, O.. Sucrose Intake Since Infancy And Dental Health In 10-Year-Old Children. *Caries Res*, 2004. 38: 142-148.
- 33 Sayer, D.. *Caries dental: su diagnóstico y tratamiento*. Bogotá: La cruzada. 1992.
- 34 Mount, G.. *Conservación y restauración de la estructura dental*. Madrid: Hartcourt Brace. 2008.
- 35 Seif, T.. *Cariología: prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental*. Caracas: Actualidades médicas odontológicas latinoamericana; 1997.
- 36 Ministerio de salud de la Nación – Argentina. Índice del CPO-D. 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>
- 37 Fernández, M.; Gonzáles, M.; Castro, C.. *Red de estomatología social*. 2012. Disponible en: <http://estsocial.sld.cu/docs/publicaciones/indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>
- 38 Gonzalvo, G.O.. *Indicadores de Maltrato Infantil*. *Guías Clínicas de España* 2002; 2 (44).
- 39 Pau, A.; Khan, S.; Babar, M.; Croucher, R.. Dental pain and care-seeking in 11-14-yr-old adolescents in a low-income country. *Europe Journal Oral Science*. 2008; 116: 451-457.
- 40 Paris, E.. *Bebés y más*. 2012. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-de-caries-dental-en-la-infancia>
- 41 Fernández, A.. Riesgo de aparición de caries en preescolares. *Rev. Acta Venezolana* 2007; 45 (2).
- 42 Capote, J. & Campello, L.. *Importancia de la familia en la salud bucal*. *Revista cubana de estomatología*. 2012. Enero-marzo 49 (1).

- 43 Espinoza, M.. Salud y sociedad. 2013. Disponible en: <http://mariaespinoza-saludysociedad.blogspot.com/2013/03/la-familia-como-factor-determinante-de.html>
- 44 Rubistenie, A.. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2da edición. Buenos Aires: Médica panamericana; 2006.
- 45 Chávez, M.. Salud bucal colectiva y odontología familiar, salud y familia. 2014. Disponible en: <http://es.sliderhare.net/jorgemanriquechavez/salud-bucal-colectiva-y-odontologa-familiar>
- 46 Bernal, I.. Manual para la intervención en la salud familiar. Grupo de asesores metodológicos. Estudios de salud de la familia Sánchez, T.. Revista de ciencias médicas; 2002.
- 47 Díaz, S. & Tirado, L.. Odontología con enfoque en salud familiar. Revista cubana Salud Pública. 2014 marzo; 40 (3).
- 48 Gamboa, E.. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna en mujeres de edad fértil en un población vulnerable. Revista chilena de nutrición; 2008 enero 35 (1).
- 49 Paranhos, V.D.. La atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia y el enfoque en los cuidadores: revisión integrada de la literatura. Rev. Latinoam. Enfermagem. 2011 febrero; 19 (1).
- 50 Ruiz, A.T.. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Revista Salud Uninorte. 2005, julio-diciembre, 21.
- 51 Poder judicial del Perú. Metodología de la atención. Lima. 2014. Disponible en: https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/Centros+Juveniles/s_centros_juveniles_nuevo/as_centros_juveniles/as_conocenos/as_metodologia/
- 52 Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, S.. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Education. 2014.
- 53 Castilla H, Shimabukuro M, Valdivia A.. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. Revista Psicología Educativa. 2014; 2 (1):24-26.
- 54 Chávez, M.E.R.. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el

periodo febrero de 2016. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016.

- 55 Castellón, S.. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil: proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de sancti spíritus. Cuba (Revista on-line). 2012 (julio). Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html>
- 56 Ñaupas, H.; Mejía, E.; Novoa, E.; Villagómez, A.. Metodología de la investigación científica y asesoramiento de tesis. 2da edición. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011.

Anexo 1: Carta de presentación.

PODER JUDICIAL G.C.J.
CENTRO JUVENIL
"ALFONSO UGARTE"
A.Q.P.
04 ABR. 2017
MESA DE **ES** **12:30**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Arequipa, 04 de abril del 2017

Lic. Jesús Alemán Abad
Directora del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación Alfonso Ugarte
Arequipa
Presente.-

ASUNTO: Solicito Ingreso con Fines Investigativos.


De mi mayor consideración:


Reciba el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hacer de su conocimiento que la Srta. **CELIA VANEZA TELLO CUIRO**, con DNI 45253360, egresada, y para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación por sus respectivos Asesores es que, SOLICITO a su digno despacho permitirle el Ingreso a las instalaciones del Centro Juvenil para la recolección de muestras por un periodo de 45 días, Institución que dignamente representa, a partir del lunes 17 de abril del presente año.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde al presente, es propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi alta consideración.

Atentamente,


Dra. María Luz Nieto Muriel
Coordinadora Académica
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



Anexo 2: Constancia de desarrollo de la investigación.



PODER JUDICIAL
DEL PERÚ

GERENCIA DE CENTROS JUVENILES
CENTRO JUVENIL "ALFONSO UGARTE"
AREQUIPA

La Directora del Centro Juvenil "Alfonso Ugarte" de Arequipa

Otorga la presente:

CONSTANCIA

A la Bach. **CELIA VANEZA TELLO CUIRO** quien ha ejecutado el Proyecto denominado "Relación entre funcionamiento familiar y prevalencia de caries dental en adolescentes del Centro Juvenil Alfonso Ugarte" durante los meses de Abril a Junio del 2017. Durante su permanencia demuestra eficiencia, responsabilidad y compromiso con la problemática del adolescente de Nuestra Institución

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que considere conveniente.

Arequipa, 20 de junio del 2017



PODER JUDICIAL DEL PERU
CENTRO JUVENIL ALFONSO UGARTE - AREQUIPA
Lic. Jesús E. Alemán Abad
DIRECCION

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Arequipa, 31 de Mayo 2017

OFICIO N° 0769-2017-DCJAU-GCJ-GG/PJ

SEÑOR:
DR. JUAN ADILSON POSTIGO PERALTA
DIRECTOR GENERAL DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL AREQUIPA

CIUDAD.-

ASUNTO : APOYO PARA CAMPAÑA ODONTOLÓGICA

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para expresarle un respetuoso saludo personal e Institucional, asimismo, agradecer su compromiso e identificación con la problemática de los adolescentes.

*Considerando la importancia de la salud preventiva promocional en bien de los adolescentes acorde al Interés Superior del Niño y del Adolescente; es que solicitamos su valioso apoyo con una **CAMPAÑA ODONTOLÓGICA**, para la Primera Quincena del mes de Junio o en la fecha y hora que su Digno Despacho considere por conveniente, teniendo en cuenta que tenemos un promedio de 140 albergados en la modalidad del Sistema Cerrado, procedentes de las diferentes Regiones del Sur de 14 a 18 años de edad.*

Realizando las coordinaciones correspondientes con la Bachiller Vaneza Tello Cuero al teléfono 952365346.

Agradeciendo anticipadamente la fina atención al presente le reitero, los sentimientos de mi especial consideración y alta estima personal.

Atentamente,


J. c. Alfonso Ugarte - AREQUIPA

J. c. Jesús E. Alemán

C.c.: Archivo
JAA/.

Anexo 3: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada con D.N.I _____ con domicilio en _____ del distrito de _____ apoderado del menor _____ acepto que mi menor hijo participe en el proyecto de investigación de la alumna Celia Vaneza Tello Cuiro para fines investigativos.

He sido informada del objetivo de la investigación y de los procedimientos, con conocimiento previo la autorización teniendo claro que en el momento que mi menor hijo decida puede dejar de lado su participación.

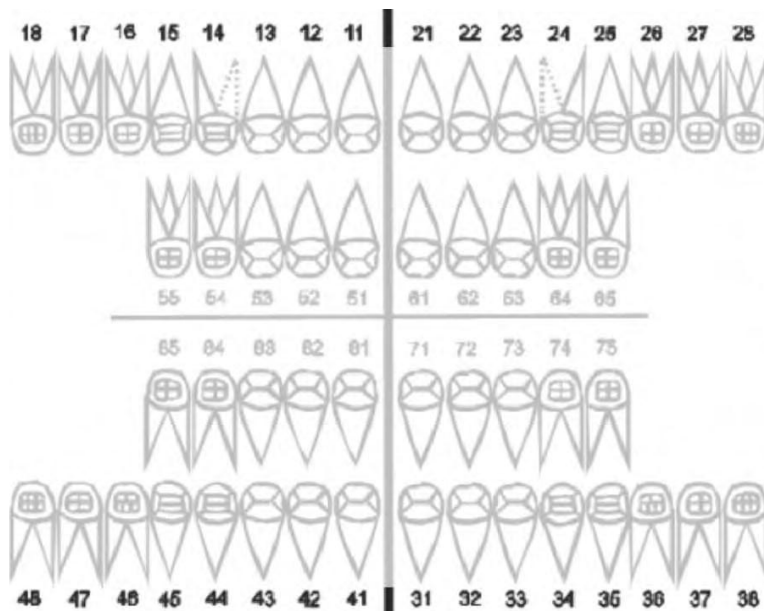
Firma

Anexo 4: Instrumentos de recolección de datos.

Ficha de observación directa.

Nombres y Apellidos: _____ fecha: / /

Edad: _____ tiempo de permanencia en el centro juvenil: _____



C	P	O

CPOD	=	
------	---	--

Tipo de familia:

Nuclear (). Extensa (). Monoparental (). Ensamblada (). Sin familia ().

Equivalentes ().

Cuestionario de evaluación de la funcionalidad familiar.

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Adaptación. 1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Cooperación o participación. 2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Gradiente de recursos. 3. Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
Recursos o capacidad resolutive. 4. Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia los espacios en la casa.					
6. Me satisface como compartimos en mi familia el dinero.					
Afectividad. 7. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
8. ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
9. Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					

Interpretación del puntaje:

- Funcionalidad normal: 28-36 puntos
- Disfunción leve: 19-27 puntos.
- Disfunción moderada: 10-18 puntos
- Disfunción severa o grave: menor o igual a 9.

Anexo 5: Evidencias fotográficas.







Anexo 6: Base de datos del estudio de campo.

<i>Información sociodemográfica</i>					<i>Ítems de funcionalidad familiar</i>									<i>Ítems de caries dental</i>		
Id	Programa	Edad	Tiempo de perm	Tipo de fam	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Caries	Pérdidas	Obturaciones
1	1	17	1	4	1	2	0	1	1	0	0	1	1	9	0	1
2	1	16	1	4	1	0	1	1	0	1	3	1	0	9	0	0
3	1	16	16	4	1	0	2	0	1	1	1	0	2	10	0	2
4	1	16	1	4	1	3	1	0	1	0	1	0	2	9	0	0
5	1	16	3	5	4	2	1	0	1	1	1	0	2	7	0	7
6	1	16	2	5	1	0	1	1	1	0	1	2	1	13	0	0
7	1	17	1	5	0	0	1	2	0	1	0	0	0	6	0	4
8	1	17	2	3	3	1	1	0	1	2	0	0	1	7	0	0
9	1	14	4	5	1	2	1	1	0	0	0	0	0	13	0	0
10	1	18	1	3	0	1	0	1	2	1	0	0	3	11	0	0
11	1	17	3	2	1	0	0	1	2	1	0	1	0	13	2	0
12	1	17	8	5	2	1	2	1	2	1	2	0	3	10	1	0
13	1	16	9	5	4	1	2	2	2	2	1	2	2	6	0	1
14	1	18	16	3	4	4	2	2	1	2	1	1	2	5	2	6
15	1	17	23	5	3	2	2	2	2	2	2	2	1	8	0	0
16	1	17	8	4	4	2	3	4	2	2	2	2	3	5	0	0
17	1	18	9	5	2	1	2	3	2	2	0	0	2	8	2	0
18	1	17	11	5	4	2	2	2	2	1	1	2	2	3	4	0
19	1	18	26	5	3	2	3	2	2	2	0	0	0	6	0	2
20	1	15	30	2	3	2	2	2	1	1	0	0	1	15	0	0
21	1	15	15	3	4	2	1	2	2	2	3	2	2	6	0	2
22	1	15	20	3	4	3	3	3	2	2	2	3	2	6	0	0
23	1	18	6	5	2	4	4	3	3	2	1	1	1	6	2	0

24	1	16	12	3	2	2	3	2	0	0	0	1	0	8	2	0
25	1	17	11	5	3	2	2	4	2	2	2	3	2	6	0	6
26	1	16	9	5	3	4	4	4	2	1	0	2	1	7	1	0
27	1	18	7	3	3	2	2	1	2	1	2	0	0	6	0	1
28	1	17	10	5	4	3	3	4	3	2	2	2	1	4	0	0
29	1	16	2	4	1	2	2	1	1	2	2	0	1	6	0	0
30	1	16	1	3	2	2	2	2	1	1	2	1	2	4	0	2
31	1	16	14	4	1	0	1	0	1	0	0	0	2	8	0	3
32	1	16	6	3	1	2	2	1	1	0	1	0	0	10	0	0
33	1	17	5	5	2	1	1	2	1	0	1	0	1	8	1	1
34	1	17	3	5	2	1	1	1	2	1	1	0	1	11	0	0
35	1	14	2	2	2	1	3	2	2	1	0	1	0	7	0	0
36	1	16	1	5	2	3	2	3	2	3	3	1	2	8	0	0
37	1	17	4	4	3	0	0	0	4	2	0	3	4	7	1	0
38	1	17	1	2	0	2	3	2	1	2	0	1	1	3	0	1
39	1	17	1	4	3	2	3	2	2	1	2	0	1	2	0	0
40	2	18	7	5	2	1	2	0	1	1	0	1	0	18	1	0
41	2	18	16	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	9	1	4
42	2	17	6	5	1	2	1	1	1	0	0	0	1	4	0	0
43	2	15	5	5	2	2	2	1	1	1	0	1	0	7	1	0
44	2	18	21	4	2	0	3	2	0	0	0	1	1	2	0	4
45	2	16	21	4	2	0	3	2	2	1	1	2	1	4	0	6
46	2	16	6	4	3	0	2	2	1	0	0	0	1	3	1	0
47	2	17	8	3	0	3	2	3	2	2	0	1	1	4	1	5
48	2	16	10	3	2	1	1	2	1	1	0	1	3	6	1	3
49	2	17	7	5	4	2	2	1	2	1	0	1	0	8	3	3
50	2	18	4	3	1	0	1	0	0	1	0	1	0	10	0	0
51	2	18	9	3	0	0	1	0	1	0	1	0	0	5	1	2

52	2	15	13	3	3	2	1	2	2	1	1	1	3	5	4	2
53	2	18	7	2	4	2	1	1	2	1	0	1	0	5	0	4
54	2	17	7	3	0	0	2	2	2	0	0	0	1	3	0	5
55	2	18	7	4	4	3	3	3	2	1	2	1	1	7	0	1
56	2	18	17	3	4	0	2	1	0	0	0	1	1	2	0	6
57	2	18	18	3	3	1	2	1	1	2	1	1	2	17	4	0
58	2	18	7	4	1	1	1	3	4	3	0	0	0	9	0	0
59	2	17	17	5	2	1	2	1	0	0	0	1	1	10	2	0
60	2	17	7	5	3	2	1	1	2	1	0	1	2	10	2	4
61	2	17	7	3	3	2	1	2	2	2	1	1	0	2	0	0
62	2	17	10	5	3	2	3	2	1	1	1	2	0	4	0	4
63	2	16	8	5	3	1	1	2	1	2	1	1	2	8	1	2
64	2	18	18	5	3	2	2	2	1	0	0	2	1	7	2	2
65	2	18	11	3	4	2	1	2	0	0	0	0	2	8	0	0
66	2	18	4	5	4	2	3	2	2	1	2	1	2	8	0	0
67	2	14	5	4	3	0	2	1	1	0	0	1	0	13	0	0
68	2	16	8	5	4	3	2	2	1	1	1	0	1	13	1	2
69	2	17	6	3	4	2	4	4	4	2	2	1	3	5	0	7
70	3	17	5	5	2	1	2	1	1	1	1	0	0	7	0	0
71	3	17	9	5	2	1	1	0	0	0	0	1	0	5	1	2
72	3	16	12	5	2	2	3	2	2	2	3	1	2	5	1	3
73	3	18	17	5	2	2	3	2	1	1	0	1	0	2	0	3
74	3	17	11	5	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	0	4
75	3	18	37	5	1	1	2	1	0	0	0	1	2	2	0	8
76	3	17	19	5	1	2	3	2	2	2	1	0	1	2	0	10
77	3	17	17	5	0	0	0	1	0	1	2	0	0	8	3	4
78	3	18	24	5	4	1	2	2	1	1	1	0	1	6	1	7
79	3	18	10	5	2	2	3	2	1	2	2	1	0	8	2	4

80	3	17	15	5	3	1	2	2	2	1	1	0	1	1	3	5
81	3	15	15	5	2	1	2	1	2	0	3	0	0	0	1	5
82	3	16	11	5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	3	0	5
83	3	17	12	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	2
84	3	18	24	5	0	0	2	1	1	2	0	0	1	7	3	6
85	3	18	24	5	0	0	3	2	2	1	1	0	1	2	0	7
86	3	16	16	5	2	1	1	2	1	1	1	0	1	7	0	1
87	3	17	11	5	0	0	2	3	1	1	0	1	0	14	2	1
88	3	16	13	5	2	0	1	0	2	1	1	0	1	4	0	3
89	3	16	9	5	2	1	1	0	1	0	0	1	0	7	2	3
90	3	17	20	5	2	2	1	3	2	2	2	3	4	9	3	0
91	3	18	43	5	2	1	0	1	0	0	1	0	1	12	8	4
92	3	18	24	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	3	4
93	3	18	11	5	2	2	1	2	1	2	0	1	0	13	1	4
94	3	18	19	5	0	0	0	0	1	0	1	0	2	3	0	2
95	3	15	5	5	1	1	0	1	1	1	0	0	1	7	0	1
96	3	17	15	5	0	0	2	2	2	2	2	0	1	22	3	0
97	3	18	19	5	0	0	1	2	1	0	0	1	0	7	0	3
98	3	18	24	5	0	0	1	0	2	1	1	0	1	2	1	1
99	4	18	16	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	6	1	7
100	4	18	35	5	1	1	2	2	1	0	0	0	1	4	0	3
101	4	17	35	4	2	1	2	0	0	1	0	1	0	5	2	9
102	4	16	14	5	0	0	0	1	1	0	1	0	0	6	2	4
103	4	15	15	3	0	1	2	1	1	2	0	0	2	8	0	2
104	4	16	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	5
105	4	17	26	4	2	0	0	1	0	1	0	0	0	6	3	7
106	4	17	16	5	3	1	1	2	2	1	1	1	0	3	0	7
107	4	18	32	5	2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	7

108	4	18	27	3	2	1	0	1	0	1	0	0	1	3	0	9
109	4	18	25	1	1	0	2	1	2	1	0	1	0	3	2	5
110	4	17	44	4	2	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	5
111	4	18	22	4	4	3	2	2	2	1	0	1	0	6	2	5
112	4	18	45	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	2	6
113	4	17	12	4	2	0	1	0	1	0	1	0	1	5	0	3
114	4	17	24	1	0	0	0	0	1	2	1	1	0	10	2	3
115	4	17	30	2	0	1	0	1	1	1	1	2	2	9	0	4
116	4	18	30	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	3	9
117	5	18	32	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	9	2	5
118	5	17	28	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9	3	3
119	5	18	37	4	2	1	2	1	2	0	0	0	1	1	0	6
120	5	18	19	4	0	0	0	0	0	0	0	1	2	11	0	2
121	5	16	18	4	2	0	1	0	2	0	0	1	0	12	0	2
122	5	18	10	2	2	1	0	0	0	0	0	2	1	8	1	2