



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**COMPONENTES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR
PERMANENTE EN NIÑOS DE 7 A 10 AÑOS EN LA I.E. MICAELA
GALINDO DE CACERES, ICA 2023**

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

PRESENTADO POR

Bach. NAVARRETE FUENTES, JESÚS LEONARDO

[https://orcid.org/ 0000-0003-4467-4587](https://orcid.org/0000-0003-4467-4587)

ASESOR

Mg. RODRIGUEZ ROJAS, JORGE LUIS MARCELINO

[https://orcid.org/ 0000-0003-3551-1209](https://orcid.org/0000-0003-3551-1209)

ICA – PERU

2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esfuerzo y confianza, ya que estos fueron de gran motivación en mi vida universitaria, para no rendirme a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sobre todas las cosas, por estar siempre presente en mi mente y corazón.

Agradecer a mi madre por su apoyo incondicional de principio a fin, sin ella este logro no hubiera sido posible.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESÚMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos	15
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4. Justificación de la investigación	16
1.4.1. Importancia de la investigación	17
1.4.2. Viabilidad de la investigación	18
1.5. Limitaciones del estudio	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.1.1. Internacionales	19
2.1.2. Nacionales	20
2.2. Bases teóricas	22
2.3. Definición de términos básicos	31

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis Principal y Específicas	33
3.2. Variables:	33
3.2.1. Definición de las variables	33
3.2.2. Operacionalización de las variables	34

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico	36
4.2. Diseño muestral	36
4.3. Técnicas de recolección de datos	37
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	38
4.5. Aspectos éticos	39

CAPÍTULO V: RESULTADOS:

5.1. Análisis Descriptivo	41
5.2. Análisis Inferencial	53
5.3. Comprobación de hipótesis	65
5.4. Discusión	67

CONCLUSIONES	69
---------------------	-----------

RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
ANEXOS;	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Prevalencia de la primera molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de edad de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.....	30
Tabla N° 2: Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica.....	31
Tabla N° 3: Componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.....	32
Tabla N° 4: Componentes conductuales que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.....	33
Tabla N° 5: Componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica.....	34
Tabla N° 6: Relación de los componentes sociodemográficos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 36) permanente en niños de 7 a 10 años.....	35
Tabla N° 7: Relación de los componentes sociodemográficos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 46) permanente en niños de 7 a 10 años	36
Tabla N° 8: Relación de los componentes económicos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 36) permanente en niños de 7 a 10 años.....	37
Tabla N° 9: Relación de los componentes económicos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 46) permanente en niños de 7 a 10 años.....	38
Tabla N° 10: Relación de los componentes conductuales con la pérdida del primer molar inferior (pieza 36) permanente en niños de 7 a 10 años.....	39

Tabla N° 11: Relación de los componentes conductuales con la pérdida del primer molar inferior (pieza 46) permanente en niños de 7 a 10 años.....	40
Tabla N° 12: Relación de los componentes clínicos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 36) permanente en niños de 7 a 10 años.....	41
Tabla N° 13: Relación de los componentes clínicos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 46) permanente en niños de 7 a 10 años.....	42
Tabla N° 14: Componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.....	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Prevalencia de la primera molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de edad de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica.....	40
Gráfico N° 2: Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según edad.....	41
Gráfico N° 3: Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según género.....	42
Gráfico N° 4: Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según tipo de familia.....	43
Gráfico N° 5: Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según estado civil.....	44
Gráfico N° 6: Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según grado de instrucción.....	45
Gráfico N° 7: Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según pertenencia de la Vivienda.....	46
Gráfico N° 8: Componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según material que predomina en su casa.....	47
Gráfico N° 9: Componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según ingreso mensual familiar.....	48
Gráfico N° 10: Componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según principal actividad laboral.....	49
Gráfico N° 11: Componentes conductuales que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica.....	50
Gráfico N° 12: Componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica.....	51

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023. Se diseñó un estudio no experimental, observacional y transversal. La población fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico con un total de 250 niños de ambos géneros, del cual se evaluó mediante un cuestionario la ausencia y presencia de la primera molar inferior permanente con sus diversos componentes asociados. En los resultados se observa que la ausencia de la pieza 3.6 fue 34,8% y de la pieza 4.6 fue 31,0% mientras que la presencia de la pieza 3.6 fue 65,2% y de la pieza 4.6 fue 69,0%. En referencia a los componentes conductuales la mayor frecuencia fue de tipo receptivo con 96,8%, en los componentes clínicos la presencia de caries fue 84%, traumatismo fue 68% y enfermedad periodontal fue 88,4%; en los componentes sociodemográficos el tipo de familia que predominó fue el tipo nuclear con 72%; según el estado civil del apoderado, el 58,4% están casados; según el grado de instrucción de los padres, el 45,2% son de nivel secundaria y; según la pertenencia de la vivienda, el 28,4% es alquilada y en los componentes económicos el tipo de material de vivienda que predomina fue el material noble con 63,2%; según el ingreso mensual familiar, el 51,6% gana menos de S/. 850 y el tipo de trabajo, el 40,0% es ama de casa. Concluyendo que el factor asociado más predominante a la pérdida del primer molar inferior permanente fueron los componentes clínicos en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Palabras clave: Primera molar inferior permanente, componentes asociados, pérdida.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the factors associated with the loss of the first permanent lower molar in children aged 8 to 12 years of the I.E. Micaela Galindo de Caeceres, Ica 2023. A non-experimental, observational and cross-sectional study is designed. The population was selected through a non-probabilistic sampling with a total of 250 children of both genders, of which the absence and presence of the first permanent lower molar with its various associated factors was assessed through a questionnaire. The results show that the presence of piece 3.6 was 34.8% and of piece 4.6 was 31.0% while the presence of piece 3.6 was 65.2% and that of piece 4.6 was 69.0%. In reference to behavioral factors, the highest frequency of type of recipient with 96.8%, in clinical factors the presence of caries of 84%, trauma of 68% and periodontal disease of 88.4%; in sociodemographic factors the type of family that predominates in the nuclear type with 72%; according to the marital status of the attorney, 58.4% are married; according to the degree of instruction of the parents, 45.2% are of secondary level and; according to the ownership of the house, 28.4% is rented and in economic factors the type of housing material that predominates the noble fuel with 63.2%; according to the monthly family income, 51.6% earn less than S / . 850 and the type of work, 40.0% is a housewife. Concluding that the most predominant associated factor to the loss of the first permanent lower molar were the clinical factors in children aged 8 to 12 years of the I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Keywords: First permanent lower molar, associated factors, loss

INTRODUCCIÓN

En la infancia las patologías dentales son frecuentes a edad temprana, las lesiones cariosas y periapicales originan una problemática en la salud oral del menor por lo cual el cuidado de los dientes es fundamental para su integro desarrollo. Es en las etapas deciduas que se puede presentar alteraciones debido a diversos componentes originando problemáticas en su crecimiento habitual por lo que es transcendental llevar al menor a consulta odontológica para interceptar y prevenir estos componentes.

Las piezas deciduas en menores son condicionantes a componentes de riesgo con asociación significativa a la pérdida dentaria, lo cual repercutirá en su dentición permanente; originándole problemas de maloclusión dentaria que debe realizarse un tratamiento ortodóntico a futuro. Entre los diversos componentes que originan alteraciones dentarias en la infancia la más relevante es el factor socioeconómico de las familias que predispone a la atención odontológica temprana, si esto no ocurre a tiempo cuando hay un padecimiento en el menor origina problemas en su deglución, fonación entre otras funciones por lo cual los padres se ven en la necesidad de cumplir las necesidades básicas de sus hijos tanto en educación como en salud. La implementación de estrategias por parte del odontólogo es fundamental para reducir la prevalencia de pérdida prematura de piezas temporales en menores de diez años, que es la problemática latente en la actualidad, sin embargo además de mejorar su estado de salud dental de los menores, se debe concientizar a los padres para que tomen conciencia de la preservación de los mismos, porque una afección dental debe ser tratada de manera temprana para que los infantes tengan una salud oral óptima

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La valoración adecuada de los órganos dentales por parte de las personas, y menos aún, si no es ya demasiado tarde, tras aprender como consecuencia de la pérdida de los mismos.

La poca importancia que se les da a las primeras molares permanentes inferiores, que son las primeras piezas dentales que erupcionan cuando somos niños, aunque son parte de la dentición que debiera permanecer durante todas las demás etapas de vida, pues son parte de la dentición definitiva; afecta luego el desempeño en su función del desarrollo y mantenimiento adecuado de los aspectos considerados en la oclusión dental.

Cuando se da una pérdida temprana de las primeras molares, se produce una oclusión traumática que involucra una actividad muscular alterada, pudiendo afectarse la capacidad masticatoria, con un desordenamiento del plano oclusal por la extrusión del antagonista, con desplazamiento o rotación de los dientes vecinos a las piezas dentales perdidas.

Cuando no se identifican los aspectos que alteran condiciones como la permanencia o conservación de las piezas dentales, no se puede hacer frente a esta situación problemática.

El desconocimiento de componentes, más aún en lugares con características muy particulares y a veces poco estudiadas, como sucede al interior de nuestro país;

no permite reconocer en qué medida el factor sociodemográfico, económico o de conducta, sumado a al aspecto clínico, se puede relacionar con la exfoliación dentaria, como piezas inferiores en la dentición secundaria.

La falta en ofertas adecuadas para cubrir la necesidad de la población, conlleva a la elección de tratamientos no adecuados y que causan la mutilación de nuestro cuerpo, como cuando se extraen piezas dentales, estando indicado un tratamiento endodóntico.

El motivo principal que se da y afecta la salud dental, es la Caries dental, pero también de acuerdo a su profundidad, extensión, tiempo, y otros aspectos; se dan variaciones como la presencia de cuadros de dolor dental, compromiso de la pulpa pudiéndose dar necrosis pulpar.

Si bien es cierto existe un esfuerzo aunque desde algún punto de vista no articulado de manera adecuada, han resultado insuficientes las políticas y los programas preventivos dirigidos a la mejora de la salud oral: quizás también por una deficiencia en el componente educacional o motivacional logrado con la población.

La pobre sensibilización con respecto a la importancia de las medidas preventivas, tanto individuales como las que están dirigidas a nivel de la comunidad, no permite tener una conservación de las piezas dentales que permitan asegurar una buena salud oral, lo que repercute la calidad de vida en la población.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia de pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023?

¿Cuáles son los componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023?

¿Cuáles son los componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023?

¿Cuáles son los componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023?

¿Cuáles son los componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023?

¿Cuáles son los componentes conductuales que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Identificar los componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Identificar los componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Identificar los componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Identificar los componentes conductuales que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

1.4. Justificación

Tiene justificación práctica porque es importante identificar los componentes que predisponen a la pérdida del primer molar inferior permanente para poder

interceptar, prevenir e instaurar en ellos un tratamiento oportuno que impida complicaciones.

Este estudio tiene una justificación social, pues la población a la que se dirige este estudio, en el departamento de Ica, se encuentran en un nivel distinto en comparación a los niños de otras zonas del Perú.

Presentará justificación teórica fundamentada en conceptos de otros estudios previos que nos servirán para optimizar los parámetros evaluativos para tener mejores resultados justificando la relación entre estas variables.

Se considera que tiene una justificación biológica ya que su desarrollo en la investigación, busca prevenir el daño dental y permite que cumpla todas sus funciones biológicas en virtud de mantener la armonía necesaria para que trabaje bien el sistema estomatognático.

Está también justificado porque los padres o apoderados de los niños, no están al tanto de la importancia de la primera molar, desmereciendo su valor, ya que es clave y pilar fundamental dentro de la complicada conformación estomatognático, que es además una pieza dental clave para llevar a cabo la masticación mientras se produce el recambio de todas las demás.

1.4.1. Importancia de la investigación

El análisis del valor al realizar el presente trabajo, permite identificar que serán varios o muchos los beneficiados al obtener los resultados; dentro de ellos, los

Escolares que participen en el estudio, sus progenitores, los directivos que laboran en la escuela, autoridades locales que estén vinculadas al cuidado del bienestar oral en dicha población.

Solo entendiendo de cerca los componentes que pueden intervenir y vincularse a la salud puede permitir el abordaje de manera efectiva de las acciones o intervenciones en dirigida a mejorar los indicadores sanitarios; por ello el desarrollo de este trabajo pretende lograr un acercamiento a la realidad loca.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Este trabajo presenta viabilidad de solvencia económica, ya que el investigador cubrirá el presupuesto detallado para lograr desarrollarlo.

Los recursos humanos considerados para el desarrollo del mismo, como el investigador principal, el asesor metodológico y el asesor estadístico, no tienen conflicto de interés, presentan una predisposición positiva a participar en el mismo.

1.5.Limitaciones del estudio

- La falta de antecedentes locales constituye la limitación a observar en este estudio.
- En este estudio se ha considerado como posible limitación la disponibilidad De un espacio para las evaluaciones respectivas.
- Aquellos niños que nunca tengan el permiso de sus padres, para poder participar de la investigación.
- Tener límite de tiempo para poder ejecutar la revisión.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

GÓMEZ Y. (2015) realizó una investigación de título “Pérdida del primer molar permanente en niños de 8, 10 y 12 años. Área Sur. 2013 en Ecuador”; un trabajo de tipo Observacional, Descriptivo y de corte transversal; en el que estudió en un grupo de 125 niños que se atendían en consultas de Odontología; en el cual encontró dentro de sus resultados que de aquellos quienes perdieron una primera molar permanente fue el 8,8%; dentro de ello fue la primera inferior del lado derecho la más frecuente con un 38,6%; seguida de un 31,8% de la misma pieza pero del lado izquierdo. En tercer y cuarto lugar están las primeras molares superiores del lado derecho e izquierdo con un 15,9 y 13,6% respectivamente. También detalla dentro de sus resultados que las giro versiones representan la afección más prevalente, con un 40,8%, seguido de la masticación unilateral con un 32,6%; por último están las migraciones de la pieza dental vecina y la extrusión del antagonista con un 14,3 y 12,2% respectivamente. Concluyen en que el grupo de niños de mayor edad y del sexo masculino son los más dañados.¹

REYES B. (2015) En su investigación titulada “Pérdida del primer molar permanente en niños de 6-12 años de edad. Colón. 2013 en Cuba”; trabajo de tipo Observacional, Descriptivo y de corte transversal, realizada con 41 estudiantes de 6 y 12; encontró dentro del resultado que el mal hábito de la higiene oral, se presentó en todo el grupo evaluado, con una proporción del 60,9;

con respecto a la dieta cariogénica; resaltando que a los 6, 8, 9 y 11 años, el total de la población. En cuanto a la pérdida de la pieza dental, el 60,9%, perdió la pieza 46; la 36, el 29,2%; la pieza 26%, el 12,1%; y por último la 16 el 17,4%. Concluyendo más afectados son los varones, que predomina la inadecuada higiene y la dieta de tipo cariogénica; además que es la primera molar del lado derecho la pieza que más se encuentra ausente.²

SÁNCHEZ D. (2017) En su investigación titulada “Pérdida del primer molar permanente: componentes de riesgo y salud bucodental en adolescentes en Ecuador”; estudio de tipo Descriptivo y de corte transversal, realizado con 185 personas; encontró dentro de sus resultados que el 63,9% de las personas que perdieron el primer molar permanente, tenían higiene mala; el 25%, higiene regular, y el 11,1% higiene buena. En cuanto al predominio de la pérdida el primer molar permanente, detalla que el 14,1% de varones se vio afectado, y en el género femenino, el 5,4%. Al observar el tipo de dieta, resalta que de aquellos que tuvieron dieta cariogénica alta, el 27,36% perdió el primer molar permanente; en cambio de los que tuvieron una dieta cariogénica baja, el 8,86% fue el porcentaje afectado. El CPOD en promedio fue de 2,6. Concluye este estudio en que: factor de riesgo, inadecuada técnica del cepillado, excesos en el consumo de carbohidratos; están asociados a la caída de las muelas.³

2.1.2. Antecedentes Nacionales

HUAMÁN L. (2017) en su trabajo de título “Componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de edad del Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima”; estudio de tipo Descriptivo, Observacional y de corte transversal; evaluado en 200 pacientes menores entre 8 y 12 años, que

acudieron como pacientes al consultorio odontopediátrico, del Hospital Nacional Dos de Mayo; encontró que el porcentaje de pérdida de los dientes 36 fue del 12%, y de las piezas 46 fue del 10%. Siendo que del total de niños (n=66), el 18,18% tuvo ausencia de las piezas evaluadas; con respecto a las niñas (n=134), el 8,95% presentó la ausencia de las piezas evaluadas. Al comparar la ausencia de la primera molar inferior se observa que de acuerdo al Tipo de familia Nuclear, Extensa y Unilateral, se presenta un 12,24%, 11,82%, y 11,11%. Cuando evalúa el estado civil de los padres, encuentra que de los padres solteros (n=119), el 12,60% presenta ausencia de la primera molar, siendo que cuando los padres eran convivientes (n=70), era del 11,42%; y cuando el estado civil era separados (n=3) fue del 33,33%. Las cantidades perdidas de los primeros molares permanentes inferiores fueron del 11%. Concluyendo que los componentes estudiados no constituyen una influencia estadísticamente; pero detalla que el factor clínico influye de manera significativa con la pérdida de los dientes 36. ⁴

HURTADO W. (2018) El presente trabajo tiene como objetivo determinar los componentes asociados a la pérdida prematura del primer molar permanentes en escolares de 8 a 12 años del colegio José Yataco Pachas, Chíncha, 2018. Metodología estudio relacional tipo observacional, prospectivo y analítico con diseño de casos y controles. La población estuvo conformada por 345 escolares; siendo la muestra final 144 distribuidos en el grupo de casos (36) y controles (108). En los resultados se encontró como componentes asociados a la pérdida prematura del primer molar permanente a la caries dental (CPOD \geq 7) p= 0,000 OR=6,7 IC95% [2,784 - 16,200], Dieta cariogénica alta p=0,005 OR=3,06 IC95% [1,369 - 6,853], traumatismo dental p=0,014 OR=4,1 IC95% [3,115 - 5,599]. No

se encontraron como componentes asociados a la higiene bucal ($p=0,312$); nivel socioeconómico ($p=0,070$). Concluyendo que los componentes planteados en la presente investigación estuvieron asociados con la pérdida prematura del primer molar permanente en los escolares atendidos ($p=0,000$); con un valor predictivo de R cuadrado de Cox-Snell y Nagelkerke de 19,4% al 28,7% ($p=0,000$).⁵

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Formación y desarrollo del primer molar permanente

Aproximadamente en los últimos meses de vida intrauterina comienza el desarrollo del germen dentario del primer molar permanente, se puede llegar a manifestar alteraciones en el desarrollo del germen en esta etapa si la mujer embarazada no lleva un control adecuado de su embarazo, por esa razón para la mujer embarazada es de suma importancia llevar un régimen alimenticio adecuado que favorezca la formación y desarrollo normal de los gérmenes dentarios. Con su correcta formación el germen dentario del primer molar permanente se desarrolla y erupciona en la cavidad bucal iniciando así el proceso eruptivo de la dentición permanente. Los Molares permanentes deben ser considerados objetos preciosos y es así como se las debe cuidar, ya que sirven para edificar la salud del individuo, estos dientes constituyen la base de la estructura bucal, siendo así el instrumento principal de la masticación, ya que todas las demás piezas dentarias entran en una fase de recambio en el que bajan su utilidad como piezas de masticación, recayendo toda esta función sobre los primeros molares permanentes. Estas piezas son la base sobre la cual los demás

Dientes deben tomar su posición en la arcada dentaria y un desarrollo o formación inadecuados producirán marcadas consecuencias.⁶

2.2.2. Características anatómicas del primer molar permanente.

a. Anatomía del primer molar inferior permanente

El primer molar inferior tiene una longitud promedio de 21mm. La edad media de la erupción es a los 6 años, y su edad calcificación total termina aproximadamente entre los 9 a 10 años. Su corona tiene 5 cúspides, 3 vestibulares y dos linguales. Generalmente presenta dos raíces, una mesial y una distal, también puede presentar 3 raíces. En la raíz mesial hay generalmente 2 conductos, mesiovestibular y mesiolingual, la raíz distal presenta un conducto, pero también puede presentar 2 o 3. Las entradas a los conductos mesiales están bien separadas, y conectadas por un surco de desarrollo. El orificio mesiovestibular está justo bajo la cúspide mesiovestibular, y el orificio del conducto mesiolingual se encuentra lingual al surco central.⁷

2.2.3. Importancia de las primeras molares

El inicio del desarrollo eruptivo de la segunda dentición se da con el de las primeras molares permanentes, las cuales empiezan su proceso de calcificación desde los primeros meses de la vida de las personas. Es por eso la necesidad de reconocer la importancia de los dientes permanentes, pues gracias a ellas el patrón masticatorio se establecerá y será el que tendremos mientras vivamos y mastiquemos; ello también incluye la presencia y ubicación de la primera molar, pues determina la llamada, “llave de la oclusión” según lo que propone Angle;

aparte de otras relaciones que llevan a conformar guías como la de los incisivos y los caninos. ⁸

a) Aspectos valorados de las primeras molares por Angle: ⁸

- Las primeras molares definitivas son los primeros dientes en formarse y hacer erupción.
- La erupción de estas piezas no enfrentan alguna desventaja porque no tienen predecesor.
- Son guías de erupción que permite el posicionamiento correcto de las piezas dentales, por ser base de las arcadas caducas.
- En el caso de los primeros molares definitivos superiores, representan ser el sitio de guía considerablemente firme en relación al cráneo.

b) Características de las primeras molares permanentes: ⁸

- Es la primera pieza dental permanente en erupcionar, lo que constituye su consideración como piedra angular de la oclusión.
- Sus primeros signos en relación a su proceso de calcificación se dan inclusive desde antes del nacimiento.
- La estructura dental del esmalte de las primeras molares permanente se completa tras 3 a 4 años.
- Su proceso eruptivo queda de manifiesto cuando brota al alrededor de los 6 años de edad de la persona.

- El proceso formativo de su raíz se da de manera completa de los 9 a 10 años de edad.
- Su diámetro mesiodistal está estimado en 10,3 mm.
- Es la pieza dental de mayor tamaño, con una amplia superficie oclusal.
- Debido a la presencia de sus raíces, se considera tiene un fuerte soporte radicular.

c) Componentes determinantes en la morbilidad de las primeras molares permanentes:⁸

- Las primeras molares permanentes son piezas dentales con alta susceptibilidad y riesgo predisponente a la lesión cariosa, ya que en la edad que aparece en la cavidad oral, enfrenta tempranamente el medio ácido bucal desde antes que otras piezas dentales permanentes.
- Los aspectos de la morfología que presenta, la cual involucra superficies no lisas, con presencia de surcos o fisuras y fositas, fácilmente atacables; son características anatómicas que aumenta la probabilidad de presentar caries.
- Como consecuencia de la alta frecuencia con la que se da la pérdida de la primera molar permanente, las personas enfrentan alteraciones consideradas como secuelas potenciales, como por ejemplo la migración dental, la sobre erupción manifestada por la extrusión, la presencia de contactos prematuros, la aparición de problemas en el desarrollo y funcionamiento de la dentición permanente, pérdida del hueso alveolar, enfermedades periodontales y la presencia de disfunciones en las articulaciones temporomandibulares (ATM).

d) Consecuencias de la pérdida del primer molar permanente: ⁸

- La pérdida prematura dada por extracción de la primera molar, ocasiona trastornos del crecimiento del proceso alveolar de las arcadas, provocando que se detenga su desarrollo.
- Se produce un desplazamiento de la línea media, pues recorre o se traslada hacia el lado en el que se produjo la pérdida dental, por lo que se da una alteración conocida como desviación o migración de la línea media y donde ya no hay coincidencia de contactos en los puntos medios de las piezas 11 y 21, con los puntos medios de las piezas 31 y 41, condicionando a la aparición de desórdenes en la oclusión de la mordida y una consecuente alteración masticatoria.
- Otras consecuencias son las migraciones y rotaciones (giroversiones) dentales; esto debido a que los dientes adyacentes o vecinos al vacío, ocasionado por la pérdida de la primera molar extraída, tienen una tendencia que los lleva a ocupar ese espacio.
- Las piezas dentales antagonistas, que son aquellas ubicadas en la arcada contraria, tomaban o hacían contacto con la primera molar ya ausente, sufren una especie de sobre erupción, lo que conlleva a un "aflojamiento" porque se van encontrando con menor soporte óseo y periodontal; producto de esto aparece o se incrementa la movilidad dental y posterior pérdida dental.
- Un efecto producido al perder una de las primeras molares, es que el acto de la masticación va a recaer sobre las piezas dentales del lado contrario, ello sobrecarga el efecto de la masticación, y dañan los tejidos periodontales.

- Cuando aún no se ha dado la erupción de la segunda molar permanente y se realiza una extracción temprana de las primeras molares permanentes, ocasiona, erupciones con una angulación inclinada hacia el espacio vacío; es esta condición un factor condicionante para la retención de alimentos, con lo que aumenta la probabilidad de caries dental entre esta pieza y la segunda premolar.
- La afectación también involucra la calidad del bolo alimenticio.
- Se debe tener el cuidado dental desde la etapa gestacional, pues la buena calidad en dietas de la futura madre, debiera estar constituida por carbohidratos, proteínas, vitaminas, lípidos y minerales, dentro de estos el flúor; además de electrolitos. Sobretudo frecuentar al odontólogo durante este período gestacional.
- Consumir alimentos que permitan ejercitar la masticación; por lo tanto, se debe evitar que los niños de 5 - 6 años ingieran comida suave, pues no se logra ejercer la fuerza masticatoria deseada.
- La educación adecuada sobre higiene bucal; la cual debe provenir de los padres que estén bien instruidos, y de los profesionales odontólogos.
- La aplicación tópica del flúor en intervalos de tiempo, cada seis meses.
- El uso adecuado del hilo dental.
- Puede condicionar la aparición de situaciones que serán inconvenientes a afrontar al querer rehabilitar posteriormente la zona edéntula.⁸

2.2.4. La caries dental

Es una enfermedad que altera la estructura de las piezas dentarias y es considerada infecciosa, localizada, progresiva y que puede transmitirse. Esta se inicia cuando se produce la pérdida de minerales de los tejidos duros de las estructuras del diente.⁹

De acuerdo a la literatura, existe evidencia sobre Caries, la cual refiere como una enfermedad bucodental con alta tasa de incidencia; esta afección es ocasionada por condiciones microbianas de la boca, de acuerdo a la flora específica que se encuentra presente en la placa bacteriana dental. Los microorganismos logran fermentar los hidratos de carbono en la dieta (sacarosa), dándose un proceso que tiene como resultado de su metabolización, a los compuestos orgánicos con propiedades ácidas, que en cantidades y durante un tiempo suficiente, desmineralizan y desintegran la parte dura (esmalte y dentina) de las piezas dentales.⁹

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS), las Caries dentales están constituidas por un proceso activo, en la cual se produce un desorden en la armonía existente entre la parte externa de los dientes y los fluidos producto de los microorganismos que circunda las piezas dentales, en el que se puede perder minerales de la superficie dental, según avanza el factor del tiempo.¹⁰

a) Etiología de la caries dental

Es reconocida la multifactorialidad de la Caries dental, en la cual actúan tres componentes desde el enfoque clásico de acuerdo al reporte de Keyes (1969), estos son, el huésped (la pieza dental), el cual debe tener susceptibilidad de padecer

Caries dental; la microflora específica (dada por el *Streptococcus mutans* principalmente); y por el sustrato (la dieta); en un determinado lapso de tiempo.¹¹

Es recién 9 años después, en 1978, que Newbrun, añade como factor al tiempo; situación que esclareció el proceso en el que se da la Caries dental.¹¹

b) Detección clínica de la caries dental

Las primeras manifestaciones clínicas de la lesión cariosa se dan como una mancha blanca opaca de apariencia tizoso; ello se da porque el esmalte pierde su brillo, tornándose algo poroso.¹²

Cuando las lesiones de la Caries dental tienen un proceso lento, volviéndose crónico (grave), pudiendo tener fases de discontinuidad; suele presentar una apariencia negruzca, marrón o de color amarillo oscuro.¹²

La localización de las lesiones suele ser predominantemente a nivel de las caras oclusales (fosas y fisuras), a nivel de la zona cervical de los dientes, y a nivel de las pequeñas superficies de contacto de las molares.¹²

La manera de diagnosticar la caries dental es a través de la técnica de exploración clínica de la inspección visual; pero si la lesión cariosa llega a nivel de la dentina superficial, se observará en la exploración indirecta una cavitación.¹²

Cuando la Caries dental tiene un avance rápido, se caracteriza por presentar un aspecto de coloración blanco amarillento y de poca consistencia (blanda); sin embargo si el avance es lento, esta presenta una coloración amarillenta o marrón, y una consistencia dura de mayor resistencia. Si la lesión cariosa abarca más allá de la dentina, observaremos al realizar la inspección, una profunda

Cavidad que propiamente afecte tejidos más profundos de esta estructura dental.¹²

Cuando las lesiones cariosas tienen un avance rápido, suelen presentar un aspecto de color blanco amarillento y una consistencia blanda, que afecta en mayor nivel a la dentina y compromete la pulpa dental. Cuando el avance se da a una menor velocidad, suele presentar una apariencia de color amarillo oscuro a marrón y una consistencia dura más resistente.¹²

Cuando la lesión cariosa afecta el cemento dental, la apariencia típica es la de una forma crónica de progresión lenta, donde está revestido por una delgada placa microbiana, como si fuera una capa; y de acuerdo al nivel con que avanza puede notarse un color pardusco, así como un reblandecimiento de la dentina.¹²

c) Diagnóstico epidemiológico de la caries dental

Las investigaciones y estudios de lo que acontece en la población son indispensables cuando se intenta medir una enfermedad cuantitativamente, para poder asignarle un valor numérico.¹³

Cuando se cuantifica la Caries dental, pueden desarrollarse variados ejercicios, como el determinar qué proporción de personas dentro de una población están afectadas por la enfermedad, en un momento específico; lo que constituye la prevalencia de la enfermedad.¹³

También puede ser cuantificada qué cantidad de personas obtuvieron la afección, dentro de un determinado tiempo; ello constituye la incidencia de la enfermedad. Es así que cuando hacemos la estimación de la prevalencia en una comunidad, es la persona, la unidad que se observa.¹³

Existen otros índices como el CPO, que supera la limitación que puede presentar la incidencia, al no expresar la magnitud con el que afecta la lesión cariosa en una determinada comunidad. Este indicador epidemiológico permite cuantificar valiéndose de una escala numérica, los estados clínicos de la enfermedad. ¹³

d) Métodos de diagnóstico

Son métodos de diagnóstico, el uso de un conjunto de procesos secuenciales y ordenados, utilizados para realizar la evaluación de cada pieza dental o sus superficies, con la finalidad de ofrecer resultados verificables, a medida que son reproducibles, ya sea por el mismo o por otros investigadores. ¹³

En el caso de la lesión cariosa, se afirma la existencia de una variedad de métodos de diagnóstico epidemiológico; siendo la observación visual y visual-táctil, las más empleadas. ¹³

De acuerdo a la literatura, existen diferentes elementos que pueden mejorar las condiciones de la evaluación, como el uso de hisopos en el secado de las superficies dentales a evaluar, distintos tipos de iluminación, la higienización de las piezas dentarias a evaluar, etc. ¹³

En el caso del método visual – táctil, a diferencia de la evaluación visual, en el que sólo se realiza la exploración directa o indirecta realizado por el operador, se hace la detección de lesiones cariosas en el cual se realiza utilizando la observación y adicionalmente un instrumento que generalmente suele ser una sonda exploratoria. ¹³

2.3. Definición de términos

- **Antagonista:** Es aquello que es contrario u opuesto, pudiendo aplicar a una cosa o a una persona. ¹⁴

- **Erupción dental:** fenómeno por el que aparecen los dientes en la boca, que regularmente se da alrededor del sexto mes. ¹⁵
- **Flúor:** Es un micromineral esencial para el cuerpo humano por tener especial papel en el desarrollo óseo y del tejido adamantino (esmalte) de las piezas dentales. ¹⁶
- **Higiene:** Es una virtud adquirida mediante la práctica cotidiana de acciones de limpieza, con la finalidad de la preservación de la salud. ¹⁷
- **Línea media:** Es una línea imaginaria que tiene una dirección vertical y está ubicada entre los puntos de contacto de los incisivos centrales. ¹⁸
- **Masticación:** Es el complejo proceso fisiológico donde se trituran los alimentos y da como resultado la formación del bolo alimenticio. ¹⁹
- **Oclusión dental:** es el contacto que se produce entre los dientes de distintas arcadas y la relación que tienen, en donde intervienen no solo los dientes, sino estructuras como las articulaciones, los músculos masticatorios. ²⁰
- **Ortodoncia:** es la especialidad odontológica en la que se estudia y trata las alteraciones de la forma en la que se encuentran los dientes de una persona, para poder corregirlas. ²¹
- **Prematuro:** dicese de aquello que se realiza en una etapa temprana o precoz, ocurriendo antes de lo habitual. ²²
- **Susceptible:** Capaz de poder recibir una acción o un efecto que se expresa a continuación. ²³

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis general

Ha: Existe relación entre los componentes asociados estudiados y la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Ho: No existe relación entre los componentes asociados estudiados y la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

3.2. Variables; definición conceptual y operacional.

Variable independiente:

- Componentes asociados a la pérdida de la primera molar inferior permanente.

Variable dependiente:

- Pérdida del primer molar inferior permanente.

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Factor clínico ▪ Factor social-demográfico ▪ Factor económico ▪ Factor conductual 	Componentes que puede ocasionar la pérdida del primer molar permanente	A1: Presencia de caries		SI
		A2: Presencia de enfermedad periodontal (IPC)	Nominal	NO
		A3: Causas de traumatismo dentoalveolar	Nominal	8 -12 años
		B1: Edad	Ordinal	Masculino – femenino
		B2: Género	Nominal	a.Nuclear b.extensa c.uniparenteral
		B3: Tipo de familia	Nominal	a. Ninguno b. Primaria c. Secundaria
		B4: Estado civil	Nominal	d. Superior Técnico e. Superior Universitario
		B5: Nivel educativo de los padres	Ordinal	a. Familiar b. Propia por invasión c. Alquilada d. Propia pagándose a plazos e. Propia pagada f. Otros
		B6: Tipo de residencia	Nominal	a. Menos de 850 soles b. 851 – 1000 soles c. 1001 – 1500 soles d. Más de 1500 soles e. No recibe ingresos
		C1: Tipo de vivienda según material	Nominal	
		C2: Ingresos mensuales familiares	Intervalo	
		C3: Tipo de trabajo	Nominal	
		D1: Conducta del niño (según Castilla)	Nominal	a. Ama de casa b. Empleado c. Obrero d. Comerciante e. Otros f. No labora

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Pérdida de las primeras molares inferiores permanentes	Frecuencia de pérdida de primeras molares inferiores permanentes	Ausencia de las piezas 36 y 46	-Nominal	Ausencia de la pieza dental 36 -Ausente -No ausente
			-Nominal	Ausencia de la pieza dental 46 -Ausente -No ausente

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Según Hernández S. el diseño de la investigación es de casos y controles; según el tiempo en el que se recolectará la información, es de tipo retrospectivo; de acuerdo al número de observaciones a realizar, corresponde a un tipo Transversal; y por último, de acuerdo al tipo de intervención a realizar, es de tipo Observacional.²⁴

4.2. Diseño muestral

Población:

El grupo de esta investigación son los 250 estudiantes de 7 a 10 años de la Institución Educativa N° Micaela Galindo de Cáceres, situada en el distrito de Ica, Provincia de Ica.

Muestra:

El presente estudio por ser de tipo poblacional, y sin antecedentes, pretende asumir la intervención del total de la población descrita, que cumplan las pautas de inclusión y exclusión.

Muestreo:

No aplica a este estudio.

Criterios de Selección

a) Criterios de Inclusión:

- Estudiantes (niños y niñas), de 7 a 10 años de edad, que estén matriculados en el año escolar 2019 en la Institución Educativa N° Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023; y que asistan el día programado para la recolección de la información.
- Niños con autorización firmada por sus padres y/o apoderados (Consentimiento Informado).
- Niños que estén de acuerdo en ser parte del estudio, y que den su conformidad al Asentimiento Informado.

b) Criterios de exclusión:

- Estudiantes que tengan habilidades distintas o limitaciones físicas o mentales.
- Niños que presenten alteraciones de número, que afecten las piezas molares permanentes inferiores (36 y 46).
- Escolares que no puedan abrir la boca ante la presencia de alteraciones de su salud.
- Niños cuyos padres no puedan responder la totalidad de encuestas que están presentes en las fichas de recolección de datos.

4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

a. Técnica de recolección de datos:

Se presentará la carta de presentación a los directivos de la Institución Educativa Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Se realizará la impresión de las Fichas necesarias para recolectar datos, el Consentimiento Informado y el Asentimiento Informado, para poder presentarnos a los padres y/o apoderados de todos los estudiantes en edades desde los 7 a 10 años.

Se trabajará en dos fases, una con uno de los padres de familia, quienes deben responder una serie de preguntas; y otra con el escolar, a quien se le revisará a través de un examen clínico intraoral.

Se adecuará un ambiente para realizar el trabajo que asegure la confidencialidad para la información recogida, y se trabajará con una compañera de Estomatología para mejor control y registro de la información a obtener, tratando de maximizar el tiempo que contemos con los escolares durante su participación en el estudio.

Para la inspección visual de las piezas dentales a observar se trabajará con una fuente de luz (linterna tipo “minero”) para facilitar el apreciar el estado de las piezas dentales a registrar.

Se respetarán las normas de bioseguridad para el trabajo, así no sea complejo, ni invasivo; mediante el uso de materiales descartables e instrumental esterilizado.

4.4 Técnicas estadísticas para el procedimiento de la información

Se plantea realizar la recolección de datos en una ficha técnica (anexos) que ha sido elaborada con la adopción de otros instrumentos validados en otros estudios. Estos instrumentos para la obtención de datos son individuales. Tras

Los registros de estos ítems planteados se elaborará una base de datos a manera de hojas de cálculo en el programa Microsoft Excel; esta información será exportada para poder analizar los resultados estadísticos por medio del paquete SPSS v25; y se calculará los componentes asociados a la pérdida de las primeras molares inferiores permanentes mediante la utilización de ODDS RATIO (OR) en los estudios de casos y controles.

4.5 Aspectos éticos contemplados

Se cumplen los lineamientos establecidos por el código de ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú donde todo médico que investiga debe hacerla respetando la normativa internacional y nacional que regula la investigación con seres humanos, tales como las “Buenas Prácticas Clínicas”, la Declaración de Helsinki, la Conferencia Internacional de Armonización, el Consejo Internacional de Organizaciones de las Ciencias Médicas (CIOMS) y el Reglamento de Ensayos Clínicos del Ministerio de Salud.

- En toda investigación en seres humanos debe necesariamente contar con el consentimiento informado de los sujetos competentes, el consentimiento sustituto en caso de incompetencia o incapacidad, y el asentimiento en caso de niños y adolescentes de 08 a 18 años.
- Al presentar la información proveniente de una investigación, para su publicación, independientemente de los resultados, sin incurrir en falsificación ni plagio y declarando si tiene o no conflicto de interés.

- Se cumplen y aceptan los lineamientos establecidos por el comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud.
- Respetaremos los principios autónomos de cada individuo y la autonomía debe siempre estar encaminada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad.
- El desarrollo de la actual investigación preservará el anonimato de los colaboradores, respetando además los principios de igualdad, justicia y equidad: este principio hace referente a ser equitativo o justo.
- Cabe reiterar que para esta exploración se defenderá el consentimiento informado por ello la anotación de las cifras se mantendrá en absoluta cautela.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.

Tabla N° 1

Prevalencia de la primera molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de edad de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica

	Pieza 36		Pieza 46		Total	
Condición	N	%	N	%	N	%
Ausencia	87	34,8	83	31,0	170	34,0
Presencia	163	65,2	167	69,0	330	66,0
Total	250	100,0	250	100,0	500	100,0

Fuente: propia del investigador

En la presente tabla observamos la condición de la primera molar permanente donde observamos que la prevalencia de pérdida de la primera molar inferior es el 34,0 %, a diferencia del 66,0% que aún la conservan.

Gráfico N° 1

Prevalencia de la primera molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de edad de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023

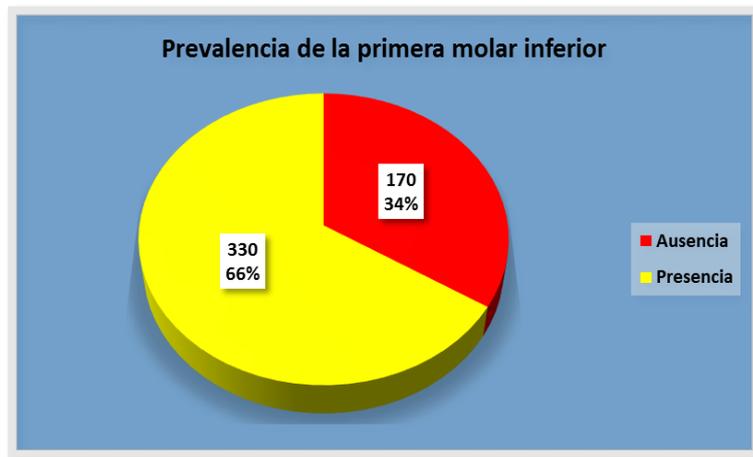


Tabla N° 2

Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E.Micaela Galindo de Cáceres, Ica

Componentes sociodemográficos		
	N	%
Edad		
8 años	21	8,4
9 años	53	21,2
10 años	69	27,6
11 años	77	30,8
12 años	30	12,0
Género		
Masculino	140	56,0
femenino	110	44,0
Tipo de familia		
Nuclear	180	72,0
Extensa	26	10,4
Un parental	43	17,2
Vive con su familia	1	0,4
Estado civil		
Soltero	27	10,8
Casado	146	58,4
Viudo	28	11,2
Separado	49	19,6
Divorciado	0	0,0
Grado de instrucción		
Ninguno	23	9,2
Primaria	84	33,6
Secundaria	113	45,2
Sup. Tec.	20	8,0
Sup. Uni	10	4,0
Pertenencia de la vivienda		
Familiar	55	22,0
Propia por invasión	23	9,2
alquilada	71	28,4
Propia pagando a plazo	32	12,8
Propia pagada	64	25,6
Otros	5	2,0

Fuente: propia del investigador

En la presente tabla observamos los componentes sociodemográficos de los niños de 7 a 10 años donde observamos según el grupo etáreo, el 30,8% tiene 11 años y 27,6% tiene 10 años; según el género, el 56,0% son de sexo masculino y el 44,0% del sexo femenino; según el tipo de familia, el 72,0% es de tipo nuclear y el 17,2% de tipo Uniparental; según el estado civil del apoderado, el 58,4% están casados y el 19,6% son separados; según el grado de instrucción de los padres, el 45,2% son de nivel secundaria y el 33,6% son de nivel primaria; según la pertenencia de la vivienda, el 28,4% es alquilada y el 25,6% es propia pagada.

Gráfico N° 2

Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según edad

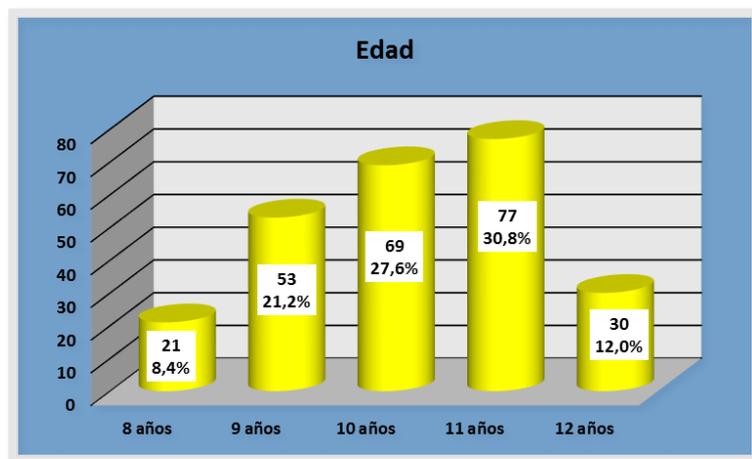


Gráfico N° 3

Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según género

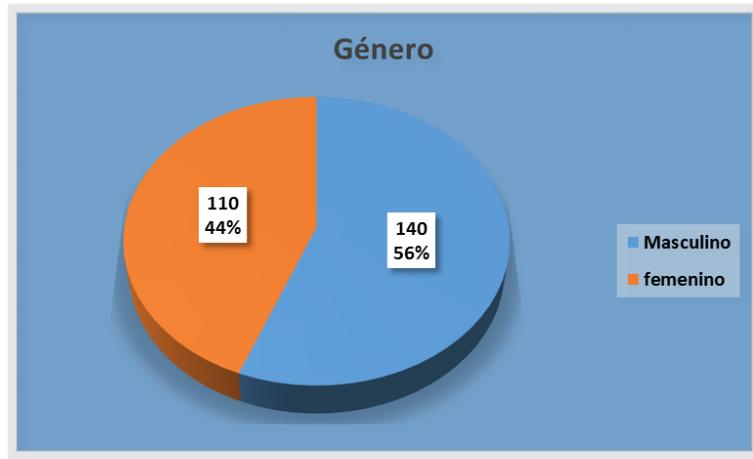


Gráfico N° 4

Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según tipo de familia

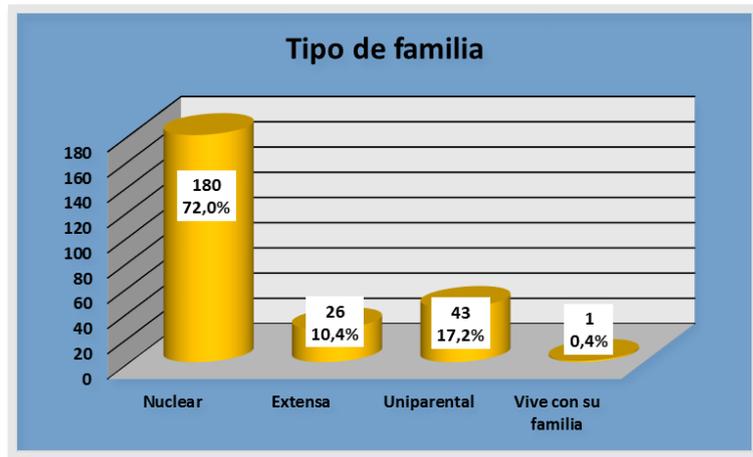


Gráfico N° 5

Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según estado civil

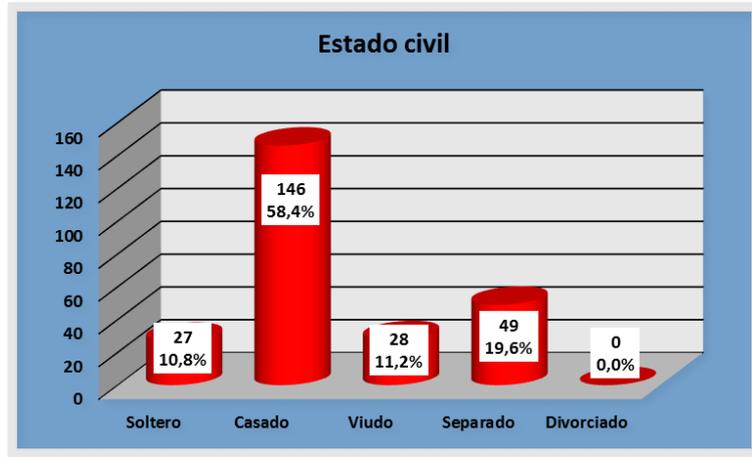


Gráfico N° 6

Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según grado de instrucción

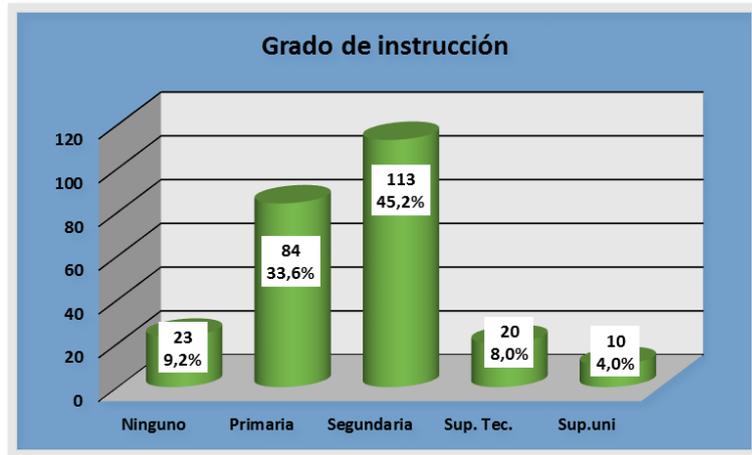


Gráfico N° 7

Componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según pertenencia de la vivienda

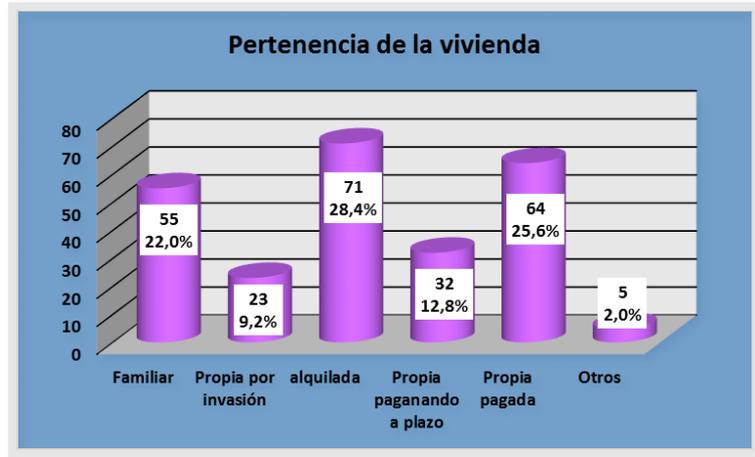


Tabla N° 3

Componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E.

Micaela Galindo de Cáceres, Ica

Componentes económicos		
	N	%
Material que predomina en su casa		
Material noble	158	63,2
Adobe	79	31,6
Madera	6	2,4
Otros	7	2,8
Ingreso mensual familiar		
Menos de 850 soles	129	51,6
De 851 a 1000 soles	77	30,8
De 1001 a 1500 soles	27	10,8
Más de 1500 soles	5	2,0
No recibe ingreso	12	4,8
Principal actividad laboral		
Ama de casa	100	40,0
Empleado	35	14,0
Obrero	21	8,4
comerciante	19	7,6
No labora	2	0,8
Otros	73	29,2

Fuente: propia del investigador

En la presente tabla observamos los componentes económicos de los niños de 7 a 10 años donde observamos el tipo de vivienda según el material que predomina, el 63,2% es de material noble; según el ingreso mensual familiar, el 51,6% gana menos de S/. 850 y el 30,8% se encuentra entre S/.851 a S/.1000 y finalmente según el tipo de trabajo, el 40,0% es ama de casa.

Gráfico N° 8

Componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según material que predomina en su casa

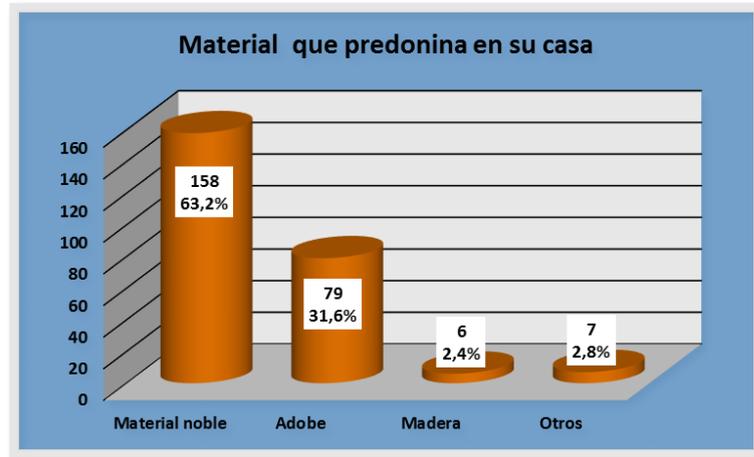


Gráfico N° 9

Componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según ingreso mensual familiar

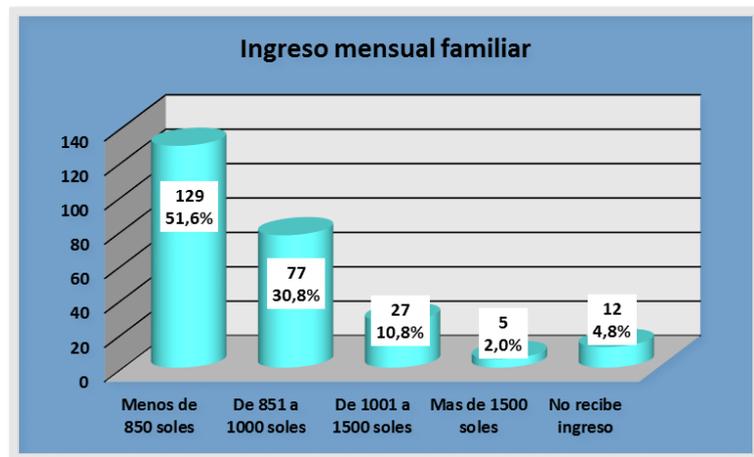


Gráfico N° 10

Componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E.

Micaela Galindo de Cáceres, Ica, según principal actividad laboral



Tabla N° 4

Componentes conductuales que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica

Componentes conductuales		
Conducta del niño		
	N	%
Receptivo	242	96,8
No receptivo	8	3,2
Físicamente impedido	0	0
Mentalmente impedido	0	0
Física y mentalmente impedido	0	0
Infante	0	0

Fuente: propia del investigador

En la presente tabla obsérvanos los componentes conductuales de los niños de 7 a 10 años donde observamos que según la conducta del niño el 96,8% son de tiporeceptivo.

Gráfico N° 11

Componentes conductuales que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica

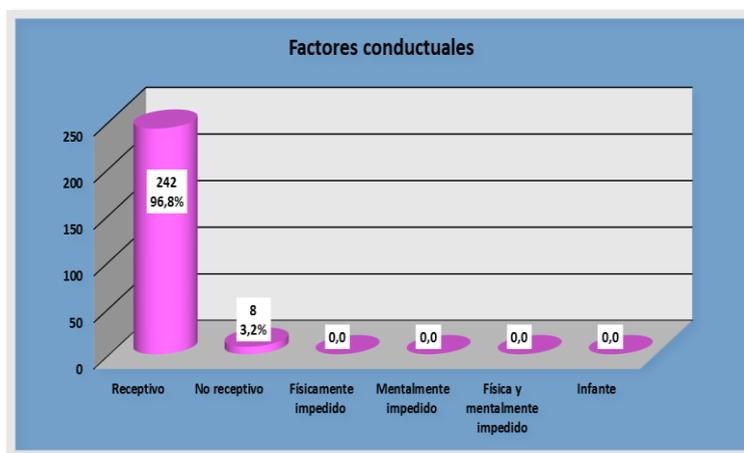


Tabla N° 5

Componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E.

Micaela Galindo de Cáceres, Ica

Componentes clínicos				
	Presencia		Ausencia	
	N	%	N	%
Presencia de caries	210	84,0	40	16,0
traumatismo	170	68,0	80	32,0
Enfermedad periodontal	221	88,4	29	11,6

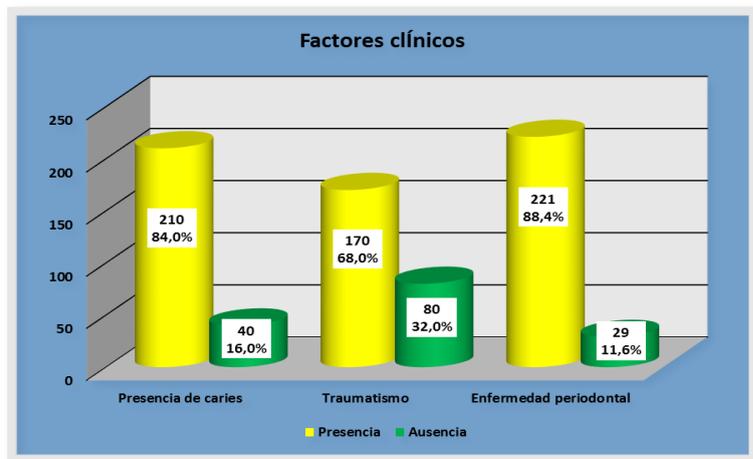
Fuente: propia del investigador

En la presente tabla obsérvanos los componentes clínicos de los niños de 7 a 10 años donde observamos una mayor presencia con 88,4% en enfermedades periodontal.

Gráfico N° 12

Componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E.

Micaela Galindo de Cáceres, Ica



5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras

Tabla N° 6

Relación de los componentes sociodemográficos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 36) permanente en niños de 7 a 10 años

Componentes sociodemográficos						
Edad						
			Pieza 36		OR	IC 95%
			Ausencia	Presencia		
Edad	< 12 años	Recuento	7	81	0,523	0,215- 1,271
		%	23,3%	36,8%		
	> 12 años	Recuento	23	139		
		%	76,7%	63,2%		
Género						
Género	Femenino	Recuento	77	32	7,010	4,853- 10,350
		%	30,8%	12,8%		
	Masculino	Recuento	36	105		
		%	14,4%	42,0%		
Tipo de familia						
Tipo de familia	Nuclear	Recuento	75	105	1,845	0,890- 3,826
		%	86,2%	77,2%		
	Uniparental	Recuento	12	31		
		%	13,8%	22,8%		
Pertenencia de la vivienda						
Pertenencia de la vivienda	alquilada	Recuento	64	14	6,750	3,401- 11,887
		%	47,4%	10,4%		
	Propia pagada	Recuento	23	34		
		%	17,0%	25,2%		

Fuente: propia del investigador

***chi-cuadrado *Sig. (p<0,05)**

Se obtuvo un Odds Ratio de 0.523 (IC 95% = 0.215 – 1.271) por lo tanto, la edad confieren un riesgo de 0.523 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Se obtuvo un Odds Ratio de 7.087 (IC 95% = 4.853 – 10.350) por lo tanto, el género confieren un riesgo de 7.087 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.845 (IC 95% = 0.890 – 3.826) por lo tanto, el tipo de familia confieren un riesgo de 1.845 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Se obtuvo un Odds Ratio de 6.758 (IC 95% = 3.401 – 11.887) por lo tanto, la pertenencia de la vivienda confieren un riesgo de 6.758 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Tabla N° 7

Relación de los Componentes sociodemográficos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 46) permanente en niños de 7 a 10 años

Componentes sociodemográficos						
Edad						
		Pieza 46		OR	IC 95%	
		Ausencia	Presencia			
Edad	< 12 años	Recuento	14	74	1,143	1,031-1,856
		%	5,6%	29,6%		
	> 7 años	Recuento	23	139		
		%	9,2%	55,6%		
Género						
Género	Femenino	Recuento	77	35	6,233	4,379-8,737
		%	30,8%	14,0%		
	Masculino	Recuento	36	102		
		%	14,4%	40,8%		
Tipo de familia						
Tipo de familia	nuclear	Recuento	76	104	1,511	1,361-1,693
		%	34,1%	46,6%		
	Uniparental	Recuento	14	29		
		%	6,3%	13,0%		
Pertenencia de la vivienda						
Pertenencia de la vivienda	alquilada	Recuento	57	14	8,957	4,449-17,528
		%	42,2%	10,4%		
	Propia pagada	Recuento	20	44		
		%	14,8%	32,6%		

Fuente: propia del investigador

*chi-cuadrado *Sig. (p<0,05)

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.143 (IC 95% = 1.031 – 1.856) por lo tanto, la edad confieren un riesgo de 1.143 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

Se obtuvo un Odds Ratio de 6.233 (IC 95% = 4.379 – 8.737) por lo tanto, el género es un factor que confieren un riesgo de 6.233 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.514 (IC 95% = 1.361 – 1.693) por lo tanto, el tipo de familia confieren un riesgo de 1.514 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

Se obtuvo un Odds Ratio de 8.957 (IC 95% = 4.449 – 17.528) por lo tanto, la pertenencia de la vivienda confieren un riesgo de 8.957 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

Tabla N° 8

Relación de los componentes económicos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 36) permanente en niños de 7 a 10 años

Componentes económicos						
Material que predomina en su casa						
		Pieza 36		OR	IC 95%	
		Ausencia	Presencia			
Material que predomina en su casa	Material noble	Recuento	58	90	2,086	1,761-2,417
		%	24,5%	37,9%		
	Adobe	Recuento	21	68		
		%	8,9%	28,7%		
Ingreso mensual familiar						
Ingreso mensual familiar	Menos de 851 soles	Recuento	64	71	1,881	1,639-2,192
		%	31,1%	34,4%		
	De 851 a 1000 soles	Recuento	23	48		
		%	11,2%	23,3%		
Principal actividad laboral						
Principal actividad laboral	Ama de casa	Recuento	71	29	0,122	4,319-17,615
		%	81,6%	33,7%		
	Otros	Recuento	16	57		
		%	18,4%	66,3%		

Fuente: propia del investigador

*chi-cuadrado *Sig. (p<0,05)

Se obtuvo un Odds Ratio de 2.086 (IC 95% = 1.761 – 2.417) por lo tanto, el material que predomina en su casa de los niños confieren un riesgo de 2.086 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.881 (IC 95% = 1.639 – 2.192) por lo tanto, el ingreso mensual familiar confieren un riesgo de 1.881 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Se obtuvo un Odds Ratio de 8.722 (IC 95% = 4.319 – 17.615) por lo tanto, la actividad laboral confieren un riesgo de 8.722 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Tabla N° 9

Relación de los componentes económicos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 46) permanente en niños de 7 a 10 años

Componentes económicos						
Material que predomina en su casa						
		Pieza 46		OR	IC 95%	
		Ausencia	Presencia			
Material que predomina En su casa	Material noble	Recuento	58	71	2,042	1,727-2,344
		%	28,1%	34,5%		
	Adobe	Recuento	22	55		
		%	10,7%	26,7%		
Ingreso mensual familiar						
Ingreso mensual familiar	Menos de 850 soles	Recuento	55	74	1,858	1,613-2,135
		%	26,7%	35,9%		
	De 851 a 1000 Soles	Recuento	22	55		
		%	10,7%	26,7%		
Principal actividad laboral						
Principal actividad Laboral	Ama de casa	Recuento	67	33	1,777	3,614-14,474
		%	80,7%	36,7%		
	Otros	Recuento	16	57		
		%	19,3%	63,3%		

Fuente: propia del investigador

*chi-cuadrado *Sig. (p<0,05)

Se obtuvo un Odds Ratio de 2.042 (IC 95% = 1.727 – 2.344) por lo tanto, el material que predomina en su casa de los niños confieren un riesgo de 2.042 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.858 (IC 95% = 1.613 – 2.135) por lo tanto, el ingreso mensual familiar confieren un riesgo de 1.858 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

Se obtuvo un Odds Ratio de 7.233 (IC 95% = 3.614 – 14.474) por lo tanto, la actividad laboral confieren un riesgo de 7.233 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

Tabla Nº 10

Relación de los componentes conductuales con la pérdida del primer molar inferior (pieza 36) permanente en niños de 7 a 10 años

		Componentes conductuales			OR	IC 95%
		Conducta del niño				
		Pieza 36				
			Ausencia	Presencia		
Conducta del niño	Receptivo	Recuento	82	154	0,958	0,849-0,971
	No receptivo	%	32,8%	61,6%		
		Recuento	5	9		
		%	2,0%	3,6%		

Fuente: propia del investigador

*chi-cuadrado *Sig. (p<0,05)

Se obtuvo un Odds Ratio de 0.958 (IC 95% = 0.849 – 0.971) por lo tanto, los componentes conductuales con la conducta del niño confieren un riesgo de 0.958 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Tabla Nº 11

Relación de los componentes conductuales con la pérdida del primer molar inferior (pieza 46) permanente en niños de 7 a 10 años

		Componentes conductuales			OR	IC 95%
		Conducta del niño				
		Pieza 46				
			Ausencia	Presencia		
Conducta del niño	Receptivo	Recuento	86	150	0,917	0,842-0,969
		%	34,4%	60,0%		
	No receptivo	Recuento	5	8		
		%	2,0%	3,2%		

Fuente: propia del investigador
(p<0,05)

*chi-cuadrado *Sig.

Se obtuvo un Odds Ratio de 0.917 (IC 95% = 0.842 – 0.969) por lo tanto, los componentes conductuales con la conducta del niño confieren un riesgo de 0.917 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

Tabla Nº 12

Relación de los componentes clínicos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 36) permanente en niños de 7 a 10 años

Componentes clínicos							
Presencia de caries							
		Pieza 36		OR	IC 95%		
		Ausencia	Presencia				
Presencia de caries	Presencia	Recuento	83	154	1,213	1,133-2,358	
		%	33,2%	61,6%			
	ausentes	Recuento	4	9			
		%	1,6%	3,6%			
Traumatismo							
Traumatismo	ausentes	Recuento	87	146	1,937	1,689-2,283	
		%	34,8%	58,4%			
	Presencia	Recuento	4	13			
		%	1,6%	5,2%			
Enfermedad periodontal							
Enfermedad periodontal	ausentes	Recuento	88	137	1,365	1,214-1,846	
		%	35,2%	54,8%			
		Recuento	8	17			
	Presencia	%	3,2%	6,8%			
		ausentes	Recuento				
			%				
Ausentes							

Fuente: propia del investigador
(p<0,05)

*chi-cuadrado *Sig.

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.213 (IC 95% = 1.133 – 2.358) por lo tanto, los componentes clínicos con la presencia de caries en los niños confieren un

riesgo de

1.213 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.937 (IC 95% = 1.689 – 2.283) por lo tanto, los componentes clínicos con traumatismo confieren un riesgo de 1.937 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.365 (IC 95% = 1.214 – 1.846) por lo tanto, los componentes clínicos con enfermedad periodontal confieren un riesgo de 1.365 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 36).

Tabla N° 13

Relación de los componentes clínicos con la pérdida del primer molar inferior (pieza 46) permanente en niños de 7 a 10 años

Componentes clínicos						
Presencia de caries						
		Pieza 46		OR	IC 95%	
		Ausencia	Presencia			
Presencia de caries	Presencia	Recuento	95	124	1,593	1,446- 1,774
		%	38,0%	49,6%		
	Ausentes	Recuento	11	20		
		%	4,4%	8,0%		
Traumatismo						
Traumatismo	Ausentes	Recuento	90	120	1,977	1,687- 2,325
		%	36,0%	48,0%		
	Presencia	Recuento	11	29		
		%	4,4%	11,6%		
Enfermedad periodontal						
Enfermedad periodontal	Presencia	Recuento	92	115	1,657	1,482- 1,945
		%	36,8%	46,0%		
	Ausentes	Recuento	14	29		
		%	5,6%	11,6%		

Fuente: propia del investigador

*chi-cuadrado *Sig. (p<0,05)

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.593 (IC 95% = 1.446 – 1.774) por lo tanto, los componentes clínicos con la presencia de caries en los niños confieren un riesgo de 1.593 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (Pieza 46).

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.977 (IC 95% = 1.687 – 2.325) por lo tanto, los componentes clínicos con traumatismo confieren un riesgo de 1.977 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

Se obtuvo un Odds Ratio de 1.657 (IC 95% = 1.482 – 1.945) por lo tanto, los componentes clínicos con enfermedad periodontal confieren un riesgo de 1.657 veces en presencia a la pérdida de la primera molar inferior permanente (pieza 46).

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Tabla Nº 14

Componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, 2023.

H0: No existe relación entre los componentes asociados estudiados y la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

H1: Existe relación entre los componentes asociados estudiados y la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Chi-cuadrado de Pearson		
	Pieza 36	Pieza 46
Valor P		
Componentes sociodemográficos		
Edad	0,099	0,234
genero	0,063	0,122
Tipo de familia	0,328	0,315
Estado civil	0,463	0,256
Grado de instrucción	0,239	0,135
Pertenencia de la vivienda	0,131	0,178
Componentes económicos		
Material que predomina en su casa	0,318	0,179
Ingreso mensual familiar	0,135	0,204
Principal actividad laboral	0,267	0,289
Componentes conductuales		
Conducta del niño	0,645	0,521
Componentes clínicos		
Presencia de caries	0,036	0,047
Traumatismo	0,021	0,035
Enfermedad periodontal	0,010	0,000

Fuente: propia del investigador

En la presente tabla se observa los resultados obtenidos en la prueba estadística Chi Cuadrado, se obtiene como resultado un valor $p < 0,05$; demostrando que sí existe relación o asociación estadísticamente significativa en los componentes clínicos, por lo cual se acepta la H1 donde existe relación entre los componentes asociados estudiados y la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica.

5.4 Discusión

En el presente estudio de investigación de tipo correlacional-causal, transversal se determinó los componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

En los resultados de nuestro estudio se observa que la ausencia de la pieza 3.6 fue 34,8% y de la pieza 4.6 fue 31,0% discrepando con los resultados del estudio de GÓMEZ Y. donde sus resultados que de aquellos quienes perdieron una primera molar permanente fue el 8,8%; dentro de ello fue la primera inferior del lado derecho la más frecuente con un 38,6%; seguida de un 31,8% de la misma pieza pero del lado izquierdo. Mientras que en otros estudios como de REYES B. en cuanto a la pérdida de la pieza dental 3.6 fue 29,2% y la pieza 4.6 fue 60,9% respectivamente.

En otros resultados, el estudio de LEE (2017) detalla que la primera molar inferior del lado derecho estaba afectada por lesiones cariosas en un 70,9%; las del lado izquierdo, estaban afectadas en un 45,2%. Se pudo constatar que los primeros molares permanentes de los tres grupos de edades estaban más afectados por caries en dentina superficial un 53.7 % y en la edad de 9 a 10 años en la primera molar inferior izquierda 33.3% y en la molar inferior derecha 53,3%.² No teniendo proximidad con nuestro estudio donde la pieza del lado izquierdo fue 34,8% y la del lado derecho fue 31,0% respectivamente.

En nuestro estudio el género no fue una covariable resaltante siendo distribuidos proporcionalmente 50% por grupo discrepando con los resultados de SÁNCHEZ (2017) donde el predominio de la pérdida el primer molar permanente, detalla que el 14,1% de varones se vio afectado, y en el género femenino, el 5,4%.³

En los resultados se observa que la ausencia de la pieza 3.6 fue 34,8% y de la pieza 4.6 fue 31,0% mientras que la presencia de la pieza 3.6 fue 65,2% y de la pieza 4.6 fue 69,0%. En los componentes sociodemográficos el tipo de familia que predominó fue el tipo nuclear con 72%; según el estado civil del apoderado, el 58,4% están casados no teniendo proximidad con los resultados del estudio de HUAMÁN (2017) donde encontró que el porcentaje de pérdida de los dientes 36 fue del 12%, y de la pieza 46 fue del 10%. De acuerdo al tipo de familia Nuclear, Extensa y Unilateral, se presenta un 12,24%, 11,82%, y 11,11%. Cuando evalúa el estado civil de los padres, encuentra que de los padres solteros (n=119), el 12,60% presenta ausencia de la primera molar, siendo que cuando los padres eran convivientes (n=70), era del 11,42%; y cuando el estado civil era separados (n=3) fue del 33,33%.⁹

En los resultados de nuestro estudio se observa que la presencia de caries fue en un 34% en su totalidad discrepando con los resultados del estudio de HURTADO (2018) donde fue 45,1%; de los cuales la frecuencia en el grupo de casos (escolares con pérdida prematura de primeros molares permanentes) fue (28/36) 77,8% y en el grupo control (37/108) 34,3%;

Conclusiones

1. Los componentes clínico más predominantes para la pérdida del primer molar inferior permanente fue la presencia de caries siendo el de mayor riesgo y alto porcentaje en los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.
2. La pérdida del primer molar inferior permanente presentó una alta prevalencia en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.
3. Un factor de riesgo más predominantes dentro del sociodemográfico se presenta en el tipo de familia siendo la nuclear en los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.
4. Un factor de riesgo más predominante dentro de lo económico se presenta en padres que ganan menos de 850 soles en los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.
5. El factor de riesgo más predominante dentro de lo clínico fue la presencia de caries en los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.
6. Los componentes de riesgo más predominante dentro de lo conductual es el tipo receptivo en los niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023.

Recomendaciones

1. Realizar otros estudios de investigación sobre la relación que existe entre otros componentes asociados como el estado nutricional y la pérdida del primer molar inferior permanente.
2. Promover mayores trabajos de estudio para visualizar si la variabilidad según la edad y el género aumenta o disminuye en porcentajes, según el lugar que se ha investigado.
3. Desarrollar charlas preventivas promocionales en los colegios de nuestra comunidad para concientizar a la población sobre la preservación de la primera molar inferior permanente en los infantes para prevenir maloclusiones.
4. Investigar sobre la dieta de elección de los escolares que predisponen a la presencia de caries dental con la finalidad de reducir la incidencia en las poblaciones más vulnerables.
5. Hacer campañas preventivas en los escolares de la I.E. N Micaela Galindo de Cáceres, Ica para detectar lesiones cariosas prematuras y darles el tratamiento oportuno.
6. Examinar componentes que condicionan la pérdida de otras piezas dentarias en niños de 7 a 10 años.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Gómez Y, Sánchez L, Martínez M, Díaz E. Pérdida del primer molar permanente en niños de 8, 10 y 12 años. Área Sur. 2013. Citado el 21 de junio del 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300006
- 2) Reyes B, Cuyac M, Alfonso B, Mirabal M, Duque MV, Sánchez Y. Pérdida del primer molar permanente en niños de 6-12 años de edad. Colón. 2013. Citado el 21 de junio del 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300004
- 3) Sánchez D, Pons Y, Betancourt AI, Santateresa A. Pérdida del primer molar permanente: componentes de riesgo y salud bucodental en adolescentes. Citado el 21 de junio del 2019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n1/rf04107.pdf>
- 4) Huamán L. Componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 8 a 12 años de edad del Hospital Nacional Dos de Mayo. Citado el 20 de Junio del 2019. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7451/Huaman_bl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 5) Hurtado W. Componentes asociados a la pérdida prematura del primer molar permanente en escolares de 8 a 12 años del colegio Jose Yataco Pachas, Chincha 2018. Citado el 20 de Junio del 2019. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/7662>

- 6) Rios K, "Prevalencia de pérdida prematura de los primeros molares permanentes, en escolares del nivel secundario en las Instituciones Educativas de la Zona Norte del distrito de Chancay 2016" [En línea] 2017. [Fecha de acceso 15 de marzo del 2018]; URL disponible en:
http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/4592/7/T059_44011806_T.pdf
- 7) Alvarez C. "anomalía de molares, Valparaíso, mayo 2013" [En línea] 2013, [Fecha de acceso 07 de marzo del 2018]; URL disponible en:
<http://www.postgradosodontologia.cl/endodoncia/images/EspecialidadEndodoncia/Seminarios/2013-2014/DocAnatomiaDeMolares.pdf>
- 8) Angarita N, Cedeño C, Pomonty D, Quilarque L, Quirós O, Maza P, et al. Consecuencias de la pérdida prematura del primer molar permanente en un grupo de alumnos de la Escuela Básica San José de Cacahual con edades comprendidas entre los 10 y 15 años (San Félix - Estado Bolívar). Citado el 24 de junio del 2019. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-19/>
- 9) Pérez SA, Gutiérrez MP, soto L, Vallejos A, Casanova J. Caries dental en primeros molares permanentes y componentes socioeconómicos en escolares de Campeche, México. Citado el 30 de Julio del 2019 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300001
- 10) OMS. Avances recientes en Salud Bucodental. Informe de Comité de Expertos de la OMS, Informe técnico N° 826. Ginebra, 1992:7,8.

- 11) Surco JN. Caries dental en primeras molares permanentes y componentes asociados en los escolares de Santa Rosa de Yungas. Citado el 30 de julio del 2019. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4660/Surco_lj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 12) Navarrete R. Actividades de caries entre el segundo molar temporal y el primer molar permanente en niños de 6 a 9 años de la escuela primaria José Carlos Mariátegui. Cuba. 2006.
- 13) Henostroza G. Principios y procedimientos para el diagnóstico. UPCH 2007: 70-77; 159-160.
- 14) Significados.com. Antagonista. Citado el 20 de julio del 2019. Disponible en: <https://www.significados.com/antagonista/>
- 15) Cuidateplus. Erupción dental. Citado el 20 de julio del 2019. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/erupcion-dental.html>
- 16) Webconsultas. Flúor. Citado el 20 de julio del 2019. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/dieta-equilibrada/micronutrientes/minerales/fluor-1838>
- 17) Deconceptos.com. Concepto de hábitos de higiene. Citado el 20 de julio del 2019. Disponible en: <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/habitos-de-higiene>
- 18) Ortodoncia Málaga. Línea media. Citado el 20 de julio del 2019. Disponible en: <http://www.ortodonciamalaga.com/ortodoncia/maloclusiones/lineas-medias/>

- 19) Freitas AC, Falcón RM, Oliveira E, Passos E, Martins EM. El sistema Masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria. Citado el 29 de julio del 2019. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/sistema_masticatorio_alteraciones_funcionales.asp
- 20) Conceptodefinicionde.com. Oclusión. Citado el 29 de julio del 2019. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/oclusion/>
- 21) Conceptodefinicionde.com. Ortodoncia. Citado el 29 de julio del 2019. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/ortodoncia/>
- 22) Diccionario de la Real Academia Española. Precoz. Citado el 29 de julio del 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=TwqBjzm>
- 23) Diccionario de la Real Academia Española. Susceptible. Citado el 29 de julio del 2019. Disponible en: <https://dle.rae.es/?w=susceptible>
- 24) Hernández R. et al. Metodología de la Investigación. 2a. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001. Pág. 52 - 134.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado



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

Fecha: _____

Yo, _____, identificado con N° de DNI N° _____, padre/madre/apoderado de: _____, estudiante en la Institución Educativa Micaela Galindo de Cáceres, Ica, firmo el presente Consentimiento Informado, pues el bachiller Navarrete Fuentes, Jesús Leonardo, egresado de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, me ha explicado el propósito de su estudio titulado **“COMPONENTES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR EN NIÑOS DE 7 A 10 AÑOS EN LA I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023”**; por lo que firmando en la línea inferior, acepto se me realice un cuestionario, así como una revisión simple y rápida a mi menor hijo, de sus dientes.

Firma

DNI N°: _____

Anexo 2: Asentimiento Informado



Fecha: _____

Buenos días / buenas tardes, mi nombre es Jesús Leonardo y gracias a que tu papá ha firmado un permiso para revisarte, deseo saber si tú también quisieras y me dejaras hacerlo, porque estoy haciendo un trabajo que se llama **“COMPONENTES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DEL PRIMER MOLAR EN NIÑOS DE 7 a 10 AÑOS. I.E. MICHAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023”**. Sólo necesito que participes dejándome revisar algunos de tus dientes.

Si estás de acuerdo marca sobre la palabra **“SI”**, y si no quieres que te revise escribe sobre el **“NO”**:

SI

NO

Firma del profesor del aula (como testigo)

Anexo 3: Ficha de recolección de datos



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

CUESTIONARIO FAMILIAR

Agradecemos su colaboración. Le solicitamos responda a las siguientes preguntas y las realice con veracidad; la información será reservada.

1) Datos de Filiación

Nombre y Apellido del apoderado: Edad:
..... Género: Masculino () Femenino ()

2) Datos del nivel sociodemográfico

2.1 Dimensión social

1. Estado Civil:

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Viudo(a)
- d. Separado
- e. Conviviente
- f. Divorciado

2. Grado de Instrucción

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior Técnico
- e. Superior Universitario

3. Tipo de Familia

- a. Nuclear (Padre, madre e hijo/a(s))
- b. Extensa (Padre, madre, hijos(as) y otros familiares)
- c. Uniparenteral (Padre o madre e hijos(as))
- d. Vive con familiares no con padres

2.2 Dimensión demográfica

4. Pertenencia de la vivienda

- a. Familiar
- b. Propia por invasión
- c. Alquilada
- d. Propia pagándose a plazos
- e. Propia pagada
- f. Otros

5. El material que predomina en su casa es de:

- a. Material Noble
- b. Adobe
- c. Madera
- d. Otros:

2.3 Dimensión económica

6. Ingreso mensual familiar:

- a. Menos de 850 soles
- b. 851 – 1000 soles
- c. 1001 – 1500 soles
- d. Más de 1500 soles
- e. No recibe ingresos

7. ¿Cuál es su principal actividad laboral?

- a. Ama de casa
- b. Empleado
- c. Obrero
- d. Comerciante
- e. Otros
- f. No labora



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

FICHA DE EVALUACIÓN/ FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3) Datos de filiación

Nombre y Apellido del niño(a):

Edad: Género: Masculino () Femenino ()

3.3 Dimensión clínica de la pieza 36.

8. Condición del primer molar permanente inferior en relación a la presencia del primer molar permanente inferior. (Pieza 36)

PIEZA 36: PRESENCIA AUSENCIA

“En caso que la Primera molar permanente inferior esté ausente pase a la pregunta N° 11”.

9. Condición del primer molar permanente inferior en relación a la presencia de Caries Dental:

PIEZA 36: PRESENCIA DE CARIES

AUSENCIA DE CARIES

10. Condición del primer molar permanente inferior en relación a la presencia de enfermedad periodontal: considerando Que “0” ausencia de sangrado “1” Presencia de sangrado según (IPC MODIFICADO)

0. Sano

1. Hemorragia

2. Cálculo

11. El niño(a) perdió la Primera Molar Permanente por:

- a. Caries dental
- b. Enfermedad periodontalCALCULO
- c. Traumatismo HEMORRAGIA
- d. Otros

12. Antecedentes del niño(a): responder solo si el niño(a) ha tenido un accidente que afectó la pérdida del primer molar permanente inferior.

Su niño(a) tuvo algún accidente que afectó la pérdida de PMPI

Sí No

Qué tipo de accidente fue:

- a. Accidentes de tránsito
- b. Peleas o violencia
- c. Actividad deportiva
- d. Lesiones intrabucales
- e. Otros

3.4 Dimensión de conducta

13. Conducta del niño(a) “según escala de Castillo”

- a. Receptivo
- b. No receptivo
- c. Físicamente impedido
- d. Mentalmente impedido
- e. Física y mentalmente impedido
- f. Infante

3.5 Dimensión clínica de la pieza 46

14. Condición del primer molar permanente inferior en relación a la presencia del primer molar permanente inferior. (Pieza 46)

PIEZA 46: PRESENCIA AUSENCIA

“En caso que la Primera molar permanente inferior esté ausente pase a la pregunta N° 17”.

15. Condición del primer molar permanente inferior en relación a la presencia de Caries Dental:

PIEZA 46: PRESENCIA DE CARIES
AUSENCIA DE CARIES

16. Condición del primer molar permanente inferior en relación a la presencia de enfermedad periodontal: considerando Que “0” ausencia de sangrado “1” Presencia de sangrado según (IPC MODIFICADO)

0. Sano 1. Hemorragia 2. Cálculo

17. El niño(a) perdió la Primera Molar Permanente por:

- a. Caries dental
- b. Enfermedad periodontal
- c. Traumatismo
- d. Otros

18. Antecedentes del niño(a): responder solo si el niño(a) ha tenido un accidente que afecto la pérdida del primer molar permanente inferior.

Su niño(a) tuvo algún accidente que afectó la pérdida de PMPI (46)

Sí No

Qué tipo de accidente fue:

- a. Accidentes de tránsito
- b. Peleas o violencia
- c. Actividad deportiva
- d. Lesiones intrabucales
- e. Otros

Anexo 4: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, ICA 2023?</p> <p>Problemas específicos</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, ICA 2023?</p> <p>Objetivos específicos</p>	<p>Hipótesis principal</p> <p>Ha: Los componentes asociados influyen en la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, ICA 2023?</p> <p>Ho: Los componentes asociados no influyen</p>	<p>Componentes asociados a la pérdida del primer molar inferior permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Factor clínico ▪ Factor social-demográfico ▪ Factor económico ▪ Factor conductual <p>Pérdida de las primeras molares inferiores permanentes</p>	<p>Diseño metodológico</p> <p>Según la intervención que se realizará este trabajo es de tipo Observacional, Retrospectivo, Transversal y Relacional</p> <p>Diseño muestral</p> <p>La muestra considerada para la ejecución de este estudio son los niños de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES,</p>

<p>¿Cuál es la prevalencia de pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023?</p>	<p>Determinar la prevalencia de pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023.</p>	<p>en la pérdida del primer molar inferior permanente en niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023.</p>		<p>ICA 2023, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Muestreo: Probabilístico.</p>
<p>¿Cuáles son los componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023?</p>	<p>Identificar los componentes sociodemográficos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES ICA 2023.</p>	<p>.</p>		

<p>¿Cuáles son los componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023?</p>	<p>Identificar los componentes económicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023.</p>			
<p>¿Cuáles son los componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023?</p>	<p>Identificar los componentes clínicos que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E. MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023.</p>			
<p>¿Cuáles son los componentes clínicos que tienen los niños</p>	<p>Identificar los componentes conductuales que tienen los</p>			

<p>de 7 a 10 años de la I.E.</p> <p>MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023?</p> <p>¿Cuáles son los componentes conductuales que tienen los niños de 7 a 10 años de la I.E.</p> <p>MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023</p>	<p>niños de 7 a 10 años de la I.E.</p> <p>MICAELA GALINDO DE CÁCERES, ICA 2023.</p>			
--	---	--	--	--

Anexo N° 5: Fotografías



Imagen N° 1: Alumnos de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica 2023



Imagen N° 2: Evaluación intraoral de alumnos de la I.E. Micaela Galindo de Cáceres, Ica



