



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

TESIS

**NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL Y SU RELACIÓN CON
LA AUTOMEDICACIÓN EN EL DOLOR DENTAL EN LOS
POBLADORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PACÍFICO DE
VILLA-CHORRILLOS 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: CINTHYA ELIZABET HUAMAN TORRES

LIMA, PERÚ

2016

A Dios por darme salud, por darme una hermosa familia, Marcelino, Ofelia, Brenda y Kate, que me han apoyado a lo largo de mi vida y carrera, principalmente a mis padres por sus enseñanzas y ejemplos

A mis docentes, ya que ellos me enseñaron a valorar los estudios y a superarme cada día, estoy segura que mis metas planteadas darán fruto en el futuro, me esforzaré cada día para ser mejor

AGRADECIMIENTO

Al doctor Jimmy Málaga, por su tiempo y su apoyo a lo largo del desarrollo de la presente tesis.

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como objetivo determinar la relación del nivel socioeconómico cultural y la automedicación, ésta tesis permitió hacer una evaluación de como manejaron el dolor dental los pobladores del asentamiento humano y se observó si es que ellos recurren al odontólogo para su adecuado tratamiento o redujeron el dolor dental empleando medicamentos considerados tradicionales o farmacológicos, sin la debida prescripción médica.

Se presentaron diversas variables como son los niveles socioeconómico-cultural, social, económico y el nivel cultural; siendo influenciado por las edades y el género. Existen muchas creencias y mitos sobre la salud, su preservación y la asistencia a consultas médicas; en el caso del dolor dental, que es uno de los más fuertes, los pobladores utilizaron solo medicación farmacológica o medicación tradicional acompañado de medicación farmacológica, en la mayoría de los casos sin prescripción médica, es decir sin haber asistido a una consulta odontológica.

La investigación es de diseño no experimental, transversal, descriptiva y correlacional, con un grupo mixto y mayor de edad. Habiéndose utilizado como instrumento un cuestionario de tipo cerrado con una muestra de 347 pobladores.

Se concluyó que existe relación directa ($r=0,155$), representando ésta una buena asociación de las variables y siendo significativa la dependencia en el dolor dental en los pobladores del asentamiento humano pacífico de Villa-Chorrillos en el año 2016. Es una asociación directa entre la variable 1 y variable 2. Son bajas en sus relaciones.

Palabras clave: Nivel socioeconómico cultural, automedicación, dolor dental, medicamentos farmacológicos.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between cultural socioeconomic level and self-medication. This thesis allowed an evaluation of how dental pain was handled by the inhabitants of the human settlement and whether they turn to the dentist for proper treatment or Reduced dental pain using drugs considered traditional or pharmacological without the proper medical prescription.

Various variables were presented such as socioeconomic-cultural, social, economic and cultural levels; Being influenced by ages and gender. There are many beliefs and myths about health, its preservation and assistance to medical consultations; In the case of dental pain, which is one of the strongest, the inhabitants used only pharmacological medication or traditional medication accompanied by pharmacological medication, in most cases without medical prescription, ie without having attended a dental consultation.

The research is non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational, with a mixed and older group. A closed questionnaire with a sample of 347 inhabitants was used as instrument.

It was concluded that there is a direct relationship ($r = 0,155$), representing a good association of the variables and a significant dependence on dental pain in the inhabitants of the peaceful human settlement of Villa-Chorrillos in 2016. It is a direct association between Variable 1 and variable 2. They are low in their relationships.

Key words: Cultural socioeconomic level, self-medication, dental pain, pharmacological drugs.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Abstract	
Índice	
Índice de tablas	
Índice de gráficos	
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Formulación del problema	15
1.3 Objetivos de la investigación	16
1.4 Justificación de la investigación	17
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	19
2.1 Antecedentes	19
2.2 Base teórica	24
2.2.1 Nivel socioeconómico-cultural	24
2.2.1.1 Nivel socioeconómico y la odontología	25
2.2.1.2 Nivel socioeconómico-cultural y acceso a atención odontológica	26
2.2.2 Dolor dental	28
2.2.2.1 Causas	29
2.2.2.2 Tipos de dolor	30
2.2.2.3 Dimensiones clínicas del dolor	31
2.2.2.4 Fisiopatología del dolor	32

2.2.2.5 Automedicación	33
2.2.2.6 Conducta	33
2.2.2.7 Conducta ante el dolor dental	34
2.2.2.8 Tipos de conducta ante el dolor dental	37
2.2.2.8.1 Automedicación farmacológica	37
2.2.2.8.2 Automedicación tradicional	43
2.2.2.8.3 Medicación odontológica por dolor dental	48
2.3 Definición de términos básicos	51
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	54
3.2 Variables, dimensiones e indicadores, definición conceptual y operacional	55
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	57
4.1 Diseño metodológico	57
4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia	58
4.3 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos, validez y confiabilidad	62
4.4 Técnicas de procesamiento de la información	65
4.5 Técnicas estadísticas usadas en el análisis de la información	65
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	66
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos y tablas	66
5.2 Análisis, inferencias, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras	77
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	81
5.4 Discusión	82
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	92
FUENTES DE INFORMACIÓN	93

ANEXOS

Anexo N.º 1: Solicitud de carta de resolución

Anexo N.º 2: Carta de resolución aceptada

Anexo N.º 3: Consentimiento informado

Anexo N.º 4: Instrumento de recolección de datos

Anexo N.º 5: Asignación de puntajes para indicadores nivel socioeconómico-cultural

Anexo N.º 6: Matriz de consistencia

Anexo N.º 7: Fotos de la investigación

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N.º 1: Personas que padecieron de “dolor de muela”	66
TABLA N.º 2: Manejo del dolor dental	67
TABLA N.º 3: Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación farmacológica	68
TABLA N.º 4: Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación tradicional	69
TABLA N.º 5: Persona que aconsejó la adquisición del medicamento	70
TABLA N.º 6: Lugar donde consiguieron los medicamentos	71
TABLA N.º 7: Efectividad del medicamento adquirido	72
TABLA N.º 8: Manejo del dolor dental, según edad	73
TABLA N.º 9: Manejo del dolor dental, según sexo	74
TABLA N.º 10: Manejo del dolor dental, según el nivel social	75
TABLA N.º 11: Manejo del dolor dental, según el nivel económico	76
TABLA N.º 12: Manejo del dolor dental, según el nivel cultural	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N.º 1: Personas que padecieron de “dolor de muela”	66
GRÁFICO N.º 2: Manejo del dolor dental	67
GRÁFICO N.º 3: Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación farmacológica	68
GRÁFICO N.º 4: Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación tradicional	69
GRÁFICO N.º 5: Persona que aconsejó la adquisición del medicamento	70
GRÁFICO N.º 6: Lugar donde consiguieron los medicamentos	71
GRÁFICO N.º 7: Efectividad del medicamento adquirido	72
GRÁFICO N.º 8: Manejo del dolor dental, según edad	73
GRÁFICO N.º 9: Manejo del dolor dental, según sexo	74
GRÁFICO N.º 10: Manejo del dolor dental, según el nivel social	75
GRÁFICO N.º 11: Manejo del dolor dental, según el nivel económico	76
GRÁFICO N.º 12: Manejo del dolor dental, según el nivel cultural	77

INTRODUCCIÓN

En el Perú, en informes del MINSA 2006, se ha reportado que un 55% de la población se automedica, éste dato suele ser preocupante, ya que no existe políticas de salud pública que contengan alternativas de prevención educativa para frenar estas.¹

Así mismo, en resúmenes históricos se observan conductas que los pacientes suelen usar, como la automedicación, que es una de las alternativas más usadas para controlar el dolor dental de manera inmediata, esta conducta es aplicada por una cantidad de personas que consumen medicamentos, sean tradicionales o farmacológicos, sin la debida prescripción médica, muchas veces recomendado por amigos, familiares, farmacias, establecimientos, etc., solicitando una medicina para mitigar el dolor, siendo ésta la opción mas común, especialmente en zonas rurales; independientemente de buscar esto por costo o falta de información e indistintamente de la edad, sexo, área poblacional y nivel socio económico- cultural.^{2,3}

El presente estudio se realizó por mi inquietud de determinar el “Nivel socio económico-cultural y su relación con la automedicación en el dolor dental, en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016”, donde se trabajó con una población de 347 habitantes de ambos sexos, con un rango de 18 a 80 años de edad. Por lo que aparte de detallar conceptos del Nivel socio económico-cultural y automedicación, también evaluaremos conceptos básicos del dolor dental, causas, tipos, dimensiones clínicas y fisiopatología del dolor.^{1,4}

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La asociación civil asentamiento humano permanente Pacífico de Villa del distrito de Chorrillos, se encuentra ubicada en el extremo sur oeste del cerro La Chira, cuenta con un aproximado de 3600 pobladores, que tomaron tierras correspondientes al estado, habitándolas desde el año 1993. El 09 de mayo de 1994, la municipalidad distrital de chorrillos establece las tierras como asentamiento humano permanente Pacífico de Villa.⁵

Los pobladores que se encuentran principalmente en áreas rurales, presentan la automedicación como un problema de salud pública, siendo la automedicación una conducta que se da por consumir medicamentos sin existir una receta médica de por medio, esta acción podría ocasionar riesgos y complicaciones en la salud individual, familiar y colectiva; teniendo en cuenta la automedicación farmacológica (aines, antibióticos y otros) y la automedicación tradicional (vegetal, animal, mineral, emplasto o preparado); así mismo, las características dependen de quien aconseja (padres, parientes, amigos, farmacéutico, por decisión propia), de la eficacia del medicamento (tiempo que calma el dolor) y de la fuente del medicamento (farmacia, bodega, botiquín familiar, amigos, otros), el hecho de que por diversas razones de nivel socioeconómico-cultural exista la automedicación, podría conllevar a múltiples complicaciones y riesgos, ya que podría no haberse realizado un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento del caso.^{2, 3}

El dolor dental es la manifestación que con mayor reiteración dirige al paciente y lo encamina a buscar tratamiento odontológico para aplacarlo, una de las

principales conductas ante el dolor dental es la automedicación, esto debido a que los pobladores en su gran mayoría no visitan los servicios odontológicos para tratamientos preventivos o restauradores; sino que, manejan el dolor por medio del consumo de medicamentos o la utilización de sustancias naturales con propiedades curativas. En muchos casos las personas toleran el dolor o acuden al odontólogo con la idea de extraer la pieza afectada, esto se debe a problemas sociales, culturales y económicos.^{2, 3}

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

- ¿Cómo se relaciona el nivel socioeconómico-cultural con la automedicación en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Identificar el nivel socioeconómico-cultural en su relación con la automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la relación entre el nivel social y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.

- Determinar la relación entre el nivel económico y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.
- Determinar la relación entre el nivel cultural y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.
- Determinar las características de la automedicación usadas en el manejo del dolor dental según edad y sexo en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.

1.4 Justificación de la investigación

La automedicación se origina por diversas causas y en su prevalencia influyen diferentes factores. Sin embargo estudios previos demuestran que está profundamente influenciado por las condiciones socioeconómico-culturales de la persona y la influencia de la publicidad farmacéutica en los diferentes medios de comunicación.

Es importante el conocimiento acerca de las diversas costumbres ancestrales para controlar el dolor con sustancias naturales y que van de generación en generación, así como diversos factores entre ellos: 1) El nivel socio-cultural que modifica la conducta de los pobladores para acudir a una consulta odontológica; b) El nivel económico influye en el uso de medicamentos adecuados para controlar el dolor dental; c) La facilidad y lo económico del manejo del dolor con sustancias naturales y farmacológicas de venta libre; d)

La falta de información y promoción de salud bucal; y, e) La escasez de profesionales de salud pública.

Por todos estos factores es necesario conocer qué conductas, recursos y métodos utilizan los pobladores, que no cuentan con servicios de salud y si lo tienen muchas veces son insuficientes, con el fin de impulsar estrategias de intervención más eficaces y también de desarrollar e implementar estrategias mediadoras de promoción de salud bucal basadas en el diagnóstico tomando en cuenta las dimensiones socioculturales.

1.4.1 Importancia

La automedicación médica no es adecuada debido a que no se somete a la prescripción de un odontólogo y puede ser nocivo para la salud.

Los niveles socioculturales en el país son diferenciados en todo el país como en todos los países, en los estratos bajos la información, como las costumbres y las recomendaciones de medicina alternativa que pueden aliviar pero a largo plazo pueden ser perjudiciales a la salud bucal.

El estado en sus relaciones de asegurar la salud de los ciudadanos tiene que informar acerca de las principales políticas de salud en sus diversas áreas y la salud bucal viene de menos debido a que no se difunde las principales acciones y procedimientos.

En los centros de salud como en Essalud los servicios de prestación odontológicos son limitados para el público y más aún en las zonas de sectores medios bajos de la ciudad de Lima. En las regiones es más complejo el servicio.

El dolor de muela es inesperado e insoportable y las personas como niños suelen recibir prescripción no médica lo que a veces es contraproducente y se requiere siempre para el bienestar familiar y personal de los pacientes siempre hay que tener una prescripción farmacológica.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Se contó con disponibilidad de recursos materiales para la realización de la investigación, con recursos económicos, también se contó con la población del asentamiento humano que dieron su consentimiento desinteresado e incondicional para participar en la investigación, disponibilidad de tiempo e información.

1.5 Limitaciones del estudio

- Se tiene restricciones de información por ser un estudio aplicativo en una región y zona determinada de Lima Urbana.
- El presupuesto circunscrito debido a que hay constituye un estudio extenso de una zona determinada geográfica.
- Los recursos humanos son insuficientes debido a que no hay mucho presupuesto económico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Parí-Espinoza, R (2010), desarrolló la tesis sobre la conducta ante el dolor dental que toman los pobladores del distrito de Juliaca-Puno, se encuestaron a 383 pobladores, se encontró que la conducta de mayor prevalencia para controlar el dolor dentario es la automedicación farmacológica (42,3%); en conclusión la conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica (42,3%) frente a las demás conductas ante el dolor dental, existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural ($P=0,033$), con la edad ($P=0,003$) y el área poblacional ($P=0,00$), no Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el género ($P= 0,033$).²

Becerra Gómez J. (2014), determinó la conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural, se desarrolló en el distrito de Pimentel, Lambayeque, en el cual participaron 137 pobladores. Se recolectaron lo datos mediante una encuesta, se encontró que la conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica (47%), el tipo de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los antiinflamatorios (87%), el tipo de producto natural más utilizado en la automedicación tradicional fue el clavo de olor (54%), el nivel socioeconómico cultural más frecuente fue el nivel bajo (59%) y en menor frecuencia el nivel medio alto (14%), existe una relación altamente significativa entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural de los encuestados del distrito de Pimentel ($P=0,00$).³

Orellana A. (2013), desarrolló el estudio sobre el manejo adecuado del dolor en cirugía bucal, se observó que existen muchos métodos para el control del dolor en cirugía bucal, la selección del mismo dependerá de las condiciones del paciente a tratar, evaluando cada caso en particular y en igualdad de condiciones; tomando en cuenta sus preferencias, si no hay una contraindicación en particular ya que se debe tener siempre presente el componente subjetivo del dolor, así como también del criterio del profesional y su experticia en el manejo de los diferentes procedimientos disponibles en la actualidad.⁶

Luza Yaranga, L (2010), presentó la tesis sobre el manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores de la provincia de Huamanga-Ayacucho, se entrevistaron a 383 pobladores.

Se determinó la relación del estudio por medio de una encuesta, dando como resultado que el manejo del dolor dental de los pobladores se basa en la automedicación tradicional en el nivel muy bajo tanto social (36,9%), económico (33,3%) y cultural (50,0%), se auto medican en un 72,2% frente a un 16,9% que recibe medicación profesional y un 10,9% no usa nada para manejar el dolor dental. Se encontró que la conducta de mayor prevalencia para controlar el dolor dental es la automedicación tradicional (27,6%) sobre la automedicación farmacológica (24,0%), la persona que mayormente aconseja en la toma de medicamentos para el manejo del dolor dental fueron los padres (26,6%) seguido de la decisión propia (23,7%) y el lugar de adquisición del medicamento con mayor frecuencia fueron en otros (33,6%) seguido de la farmacia (26,6%).⁷

Aguedo Del Castillo (2007), desarrolló la tesis sobre la relación entre el nivel socioeconómico-cultural y la automedicación para el manejo del dolor dentario,

en el distrito de Independencia-Huaraz, se encuestaron a 400 pobladores, se encontró que la prevalencia de la automedicación en los pobladores es de 72,75% mientras que la actitud de acudir al odontólogo se encontró en un 24,50%, la automedicación más utilizada es la automedicación farmacológica (64,61%), siendo el tipo de medicamento más usado en la automedicación farmacológica los AINES (49,25%) y en la automedicación tradicional los de origen vegetal (15,50%) tanto en el nivel social, económico y cultural bajo se encontraron los mayores porcentajes de automedicación 33,00%, 38,14% y 43,60% respectivamente.⁸

Buchelli Ramírez C. (2010), desarrolló la tesis sobre la relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pacientes atendidos en la clínica de unidad de segunda especialización de estomatología, Universidad nacional de Trujillo (USEE-UNT), se realizó sobre una muestra de 400 pacientes, se concluyó que existe relación entre el nivel socioeconómico cultural y la automedicación en el manejo del dolor dentario, la prevalencia de la automedicación fue 76%, la automedicación más utilizada es de tipo farmacológico (74,34%), siendo el tipo de medicamento más usado los AINES (73,45%), el nivel socioeconómico-cultural fue bajo en la mayor parte de la población estudiada (51,31%), también el nivel social económico y cultural bajo se encontraron los mayores porcentajes de automedicación, la persona que en mayor porcentaje aconseja la toma del medicamento es el farmacéutico (36,51%) y el lugar donde se adquiere e medicamento en mayor porcentaje es en la farmacia (70,06%).⁹

Carrión Arteaga C. (2013), presentó la tesis para determinar las distintas conductas ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural, se encuestaron a 246 pobladores del distrito de Cachicadán, se concluyó en que el manejo del dolor dental de los pobladores se basa en la automedicación tradicional en el nivel muy bajo y bajo tanto social (36,9%), cultural (33,3%) y en lo económico el nivel bajo y medio (50,0%), existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural ($p=0,000$), no existe una relación entre la conducta ante el dolor dental y el sexo ($p=0,006$), no existe una relación entre la conducta ante el dolor dental y la edad ($p=0,813$), no existe un relación entre el tipo de tratamiento odontológico para controlar dolor dental y edad ($p=0,846$).¹⁰

Agudelo A, et al., (2008), desarrollaron un estudio sobre el perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de Antioquia-Colombia, fue un estudio acerca del perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de pobladores desplazados y destechados del municipio de Bello (Antioquia-Colombia), tuvo una muestra de 58 personas captadas voluntariamente en una jornada de salud, se tuvieron en cuenta variables sociales y demográficas, el nivel de higiene bucal, el estado dental, periodontal y protésico; se encontró alta prevalencia de caries dental y de enfermedades orales en comparación con la población general colombiana, con algunas diferencias por sexo.¹¹

Trujillo P. (2015), realizó un estudio sobre la terapéutica alternativa para controlar el dolor dental en pacientes de 30 a 50 años, en Cocotog, parroquia Zambiza, Cantón Quito, con una muestra de 80 personas, los datos recolectados

se realizaron mediante una encuesta, se concluyó que se utiliza medicina alternativa para controlar el dolor dental y la especie que se usa con más frecuencia es el clavo de olor, en un rango medio se usa llantén y arrayan, y pocas personas utilizan manzanilla, escobilla, hierba mora, granadilla, y otros, según la encuesta realizada la medicina alternativa es muy conocida y utilizada por la comunidad indígena, según los rangos de edad las personas que más utilizan medicina tradicional son las de mayor edad, el único fármaco que se vende en las tiendas de la comuna es el naproxeno sódico (Apranax), en este estudio se ha determinado que las especies más utilizadas para controlar el dolor dental, es el clavo de olor, el llantén, y el arrayan.¹²

Vera O, et al., (2011), desarrollaron el estudio sobre la automedicación en Lambayeque, Perú, se concluyó en que la automedicación representa en la actualidad un problema complejo ya que se toman en cuenta diversos aspectos aplicados a la población como instrucción médica, usos, costumbres, etc., que de alguna manera son influenciados por el gran aparato de comercialización con que cuentan las empresas productoras de medicamentos, sin embargo, en el estudio recalcan que la auto prescripción no debe ser catalogada como una "mala costumbre" y mucho menos como un acto ilegal cometido por los pacientes, sino el resultado de una organización regulatoria delicada que posibilite la venta de fármacos éticos sin receta, en este sentido, se cree que en el Perú y sobre todo en la región Lambayeque, deben emprenderse, en forma simultánea, operaciones para fortalecer la regulación de la venta de fármacos en las farmacias, y acciones para mejorar la información que los pacientes reciben sobre los medicamentos que consumen. El trabajo presentado por Vera-Romero

presenta una realidad cruda sobre el tema y describe una iniciativa muy importante para mejorar la información dirigida a los consumidores, promover el uso apropiado de medicamentos over-the-counter (OTC) o de venta libre y proteger la salud de los consumidores, permitiéndolos ser partícipes en el cuidado de su salud.¹³

2.2 Base teórica

2.2.1 Nivel socioeconómico-cultural

Está constituido por: nivel social, nivel económico y nivel cultural. El nivel socio económico no es una característica física y fácilmente informable, sino que, se fundamenta en la agrupación de distintas facciones de las personas o sus hogares, cuya definición se modifica según países y momentos históricos.¹⁴

El nivel socio económico es una particularidad del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Caracteriza la inserción social del hogar en forma directa, caracteriza la inclusión económica del hogar en forma indirecta por el acceso potencial y la disponibilidad real de recursos económicos.¹⁴

El índice de nivel socio económico cultural se basa en los siguientes indicadores:

a) Nivel de instrucción del principal sostén del hogar (indicador de mayor importancia), b) Nivel ocupacional del principal sostén del hogar, y, c) Patrimonio del hogar (posesión de bienes y de automóvil).¹⁴

El nivel social se manifiesta en la ocupación del principal soporte del hogar (el individuo del hogar que más aporta al presupuesto y la economía familiar a través de su labor principal, aunque no es necesariamente quien percibe la mayor ganancia económica).¹⁵

El nivel económico se manifiesta en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes (tarjeta de crédito del principal sostén del hogar, TV a color con control remoto, computadora personal, acondicionador de aire, teléfono, heladera con freezer, videograbador/reproductor, freezer independiente, lavadora y automóvil).¹⁵

El nivel cultural es una agrupación de símbolos (como valores, creencias, idiomas, educación, costumbres, ritos, hábitos, capacidades, moral, arte, normas, actitudes, etc.) y objetos (como obras de arte, vivienda, productos, herramientas, vestimenta, etc.) que son emitidos, asimilados y compartidos de generación en generación por los miembros de una sociedad, así que, es un agente que determina, regula y moldea la conducta humana. Se refleja en la variable de la educación, en el grado de instrucción.¹⁶

2.2.1.1 Nivel socioeconómico y la odontología

En nivel socioeconómico, es un factor significativo en la odontología, ya que no todas las personas cuentan con la capital y recursos necesarios para poder adquirir los servicios dentales, por ello se ven en la obligación de interrumpir los procedimientos necesarios una vez comenzados, esto conlleva a un deterioro de la salud oral en un breve periodo.¹⁴

Algunos autores relatan que el nivel socioeconómico está constituido por ingreso, ocupación y educación, empleando este principio se ha contemplado que el empleo de los servicios dentales es superior mientras el nivel socioeconómico sea alto.¹⁴

En diversos países como España, a comparación de otros países, el pago de los servicios dentales conforma el primer gasto sanitario de las familias (por encima de los pagos de farmacia, seguros/consultas médicas).¹⁵

Los grupos de nivel socioeconómico bajo, son los grupos mas desamparados, ya que las campañas y programas no posibilitan proponer opciones de tratamiento de bajo presupuesto sin que a su vez disminuya la calidad de los servicios. La población de bajos recursos económicos por lo general padece de un nivel alto de patologías y una tasa de mortalidad mas elevadas de enfermedades de una viable prevención, ya que una mayor pobreza disminuye los valores de nutrición, vivienda y saneamiento y el acceso a la asistencia sanitaria.¹⁶

2.2.1.2 Nivel socioeconómico-cultural y acceso a atención odontológica

En algunos segmentos de la población el acceso a los servicios odontológicos son escasos, este es el caso de algunos subgrupos como los siguientes:

a) Residentes de área rurales: En la mayoría de los casos es escaso el acceso a consultorios odontológicos, ya que no es económicamente provechoso fundar y preservar una práctica odontológica privada en estas áreas, por ello los odontólogos optan por distribuirse de una manera descompensada a través de las diversas regiones geográficas; esto conlleva a que los individuos que habitan estas áreas tengan que viajar al puesto mas cercano donde se localice la atención odontológica disponible.⁹

b) Grupos culturalmente aislados: Algunos de estos grupos, especialmente los recién inmigrados, descubren que el lenguaje (jerga técnica usada), los

costos de las atenciones y la situación legal y/o valores culturales, podría ser un obstáculo para acceder a atenciones odontológicas. Generalmente los individuos que corresponden a estos grupos alcanzan tarde o temprano su agregación al sistema sanitario, pero durante ese periodo de agregación, se ve implicado su acceso a los servicios odontológicos.^{9, 10}

c) Grupos económicamente desfavorecidos: Estos individuos o familias no tienen apropiados recursos financieros para disponer por sí mismos de servicios odontológicos.¹⁴

Algunos antecedentes adquiridos por medio de informes y estudios publicados en varias partes del mundo manifiestan la relación directa que existe entre el nivel de ingreso anual que adquieren los individuos y la capacidad de consentir las atenciones odontológicas regulares.¹²

Por ejemplo, los niños que viven en áreas con mayor privación material y social, tienen una menor probabilidad de tener atenciones odontológicas restauradoras. Los obstáculos y problemas encontrados por las personas con bajos ingresos para acceder a tratamientos odontológicos, están relacionados con el nivel de ingresos disponibles por parte de las familias.¹²

Cuando los bienes son escasos, los tratamientos odontológicos pueden percibirse como un lujo inabordable por lo que suelen ubicarse muy abajo en una lista de prioridades cuando se compara con otros bienes o servicios esenciales. Por otro lado, las familias que tienen un nivel de ingresos limitado y han visto reducido su nivel de protección económica debido al desempleo pueden encontrar que su acceso a las atenciones odontológicas quede interrumpido. Se

pueden experimentar efectos similares durante períodos de sub-empleo mientras las familias regresan a una situación normalizada de empleo.¹⁷

2.2.2 Dolor dental

El dolor dental es la manifestación que conlleva a la población a adquirir tratamiento odontológico para ser mitigado.¹⁸

La asociación internacional para el estudio del dolor (AIED) detalla que es "experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño real o potencial de los tejidos y descrito en términos semejantes a como si ese daño existiera", ésta definición sugiere que la percepción dolorosa es un cuadro afectivo, una experiencia emocional y no solo la captación de un estímulo sensorial.¹⁸

El dolor posee una gran importancia biológica, ya que ejerce un mecanismo corporal de protección, al advertirnos de una amenaza anatómica y funcional, es una modalidad sensorial cuyo impulso adecuado difiere de una forma específica de energía, ya que cualquier clase de estimulación, si es lo suficientemente potente para ejercer deterioro tisular, provoca dolor.¹⁹

En las urgencias odontológicas se confrontan con mayor frecuencia dolores agudos, estos dolores se presentan en estructuras dentarias o en tejidos contiguos, también se presentan de manera continua pacientes con dolores crónicos craneofaciales, presentando un largo proceso y siendo rebeldes a la medicación.¹⁸

2.2.2.1 Causas

Las noxas más usuales en la cavidad oral son de múltiple origen, pueden ser lesiones de tipo infeccioso, traumático, autoinmune, carencial y no pocas veces tumoral. Éstas causan el dolor que en la mayor parte de los casos se asocian al proceso inflamatorio.²⁰

Lesiones de tipo infeccioso, es creada por bacterias, virus u hongos originados por gingivitis, estomatitis, coronaritis, alveolitis, pulpitis, periodontitis, abscesos dentoalveolares y ulceraciones de diversa índole.²⁰

Lesiones de tipo traumático, son lesiones accidentales, que pueden ser causadas por intervenciones odontológicas invasivas (prótesis, cirugías odontológicas, etc.) o por contusiones mecánicas.²⁰

Lesiones autoinmunes, son las lesiones que se producen a consecuencia de patologías que implican todo el cuerpo, incluyendo la cavidad oral, como por ejemplo la dermatomiositis que a nivel bucal produce queilitis retráctil y lesiones subgingivales o la esclerodermia que origina retracciones gingivales.²⁰

Lesiones de tipo carencial, como las avitaminosis primordialmente por déficit de vitamina E y del complejo B que incita lesiones inflamatorias e infecciones.²⁰

Nociceptores: Las terminaciones nerviosas que localizan las noxas (daños) son denominadas nociceptores (noxa=daño, ceptor=receptor), varían en cuanto a su estructura y a la velocidad de conducción del impulso nervioso, hallándose diversos tipos.²¹

El dolor se percibe de forma bifásica, por la existencia de nociceptores de diversas velocidades de conducción, captación del dolor de manera rápida

continuando con la captación del dolor lento, son los receptores calificados en la detección de estímulos nocivos.²¹

Morfológicamente son terminaciones nerviosas autónomas de fibras A δ (mielínicas) y C (Amielínicas) que se desempeñan como transductores biológicos, se encuentran situadas en los ganglios de la raíz dorsal (GRD) o en los ganglios sensoriales de los pares craneales pertinentes, son denominadas neuronas de primer orden o aferentes primarios de la vía nociceptiva.²²

Las fibras A δ poseen un calibre de 1 a 5 μ m, mientras que las fibras C poseen un calibre de 0,5 a 2 μ m; siendo las fibras A δ las que adquieren una velocidad de conducción de 5 a 30 m/seg, menor a las fibras C que poseen una velocidad de 1 a 2,5 m/seg. Las fibras A δ y C intervienen en el proceso del dolor, cuando se genera alguna laceración o contusión actúan en las fases del dolor, primario (fibras A δ) y secundario (fibras C). En el momento en el que se origina una laceración superficial en la piel se distinguen dos clases de dolores: dolor primario, es el dolor inicial, de corta duración y bien ubicado; y el dolor secundario, es el dolor de aparición más tardía, lento, persistente y difuso.²²

2.2.2.2 Tipos de dolor

Se han desarrollado numerosas clasificaciones del dolor, considerando el desarrollo cronológico se puede detallar dos tipos básicos:²¹

- a) **Dolor agudo (<3 meses):** El estímulo nervioso originado se desplaza con destino al sistema nervioso central a través de fibras con una elevada rapidez de conducción (A δ), se percibe 0,1 segundos posteriores al contacto con el impulso doloroso, el dolor desaparece cuando el motivo que lo ocasiona es eliminado, puede prolongarse durante segundos,

minutos, inclusive días. Es generado por estimulación nociva, daño tisular o enfermedad aguda en su mayoría.²¹

- b) **Dolor crónico (>3 meses):** Este dolor se vincula con estructuras profundas del cuerpo, tarda 1 segundo o más en manifestarse, incrementa lentamente su constancia y magnitud durante segundos, minutos o días, el dolor se mantiene aún después de curar la enfermedad aguda, por ello se asocia a un proceso patológico crónico que produce dolor difuso, prolongado e intolerable.²¹

2.2.2.3 Dimensiones clínicas del dolor

El dolor es una sensación que posee varias dimensiones: duración, intensidad, localización, características y percepción ²³.

Intensidad: Es la magnitud o medida del dolor percibido, es un fenómeno subjetivo, intervienen factores de orden psicológico, social y cultura. Hay tácticas que posibilitan valorar el dolor, por ejemplo la escala visual analógica (EVA), que consiste en calcular un número del cero al diez, teniendo en cuenta que cero significa carencia de dolor, mientras diez especifica el dolor más potente que pueda sentir, la intensidad del dolor es definida por el paciente.²³

Intensidad del dolor EVA:

Sin dolor 0 _____ 10 Máximo dolor

Localización: Es el sector del cuerpo donde el dolor es percibido. Por ejemplo, el dolor somático se produce por la estimulación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas.²³

Características: Permiten describir el tipo de dolor que se percibe, por ejemplo, si es quemante, punzante, eléctrico, como un calambre, etc. Algunos dolores poseen una propiedad típica, por ejemplo las descargas eléctricas de las neuralgias del trigémino o de la sensación de quemadura en algunos dolores neuropáticos de las glosodinas.²³

Percepción: La influencia de la cultura y la etnia en la percepción y manifestación del dolor es materia de investigación desde los años cincuenta (Zborowski). En los noventa Zatzick y colaboradores en una meta análisis de trece trabajos publicados no se encontró correspondencia en la capacidad de distinguir estímulos dolorosos entre agrupaciones étnicas; no obstante, la valoración de la percepción del dolor entre hombres y mujeres señala una receptibilidad algo superior en las mujeres que los hombres.²³

2.2.2.4 Fisiopatología del dolor

El dolor tiene una consideración fisiológica, ya que posee una razón biológica que consiste en preservar la plenitud del sujeto, se presenta en lesiones agudas en cualquier zona del organismo al estimular el cerebro en su totalidad, colocando en marcha intensos mecanismos encaminados a una reacción de evasión y/o indagar ayuda para mitigarlo, formando así un mecanismo de protección.²¹

Los procesos fisiológicos del dolor son:

- a) Transducción: medio por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en potencial de acción; b) Transmisión: proliferación del impulso nervioso hasta los niveles sensoriales del SNC; c) Modulación: alcance que poseen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la

transmisión del impulso nervioso, especialmente inhibición en las astas dorsales de la médula, pero también a otros niveles (periférico); d) Percepción: representa el último de los procesos, es ejecutado conjuntamente con los tres primeros procesos y un suceso de fenómenos individuales, estableciendo la experiencia subjetiva y emocional apodada dolor.²¹

b)

2.2.2.5 Automedicación

Es el tratamiento de una enfermedad verdadera o imaginaria utilizando medicamentos sin supervisión médica, adquiriéndolos de centros de establecimientos formales (farmacias) o por recibir la medicación de otras fuentes, como padres, familiares, amigos, etc. que pueden traer consigo consecuencias que podrían producir riesgo en la vida y en la salud.²⁴

2.2.2.6 Conducta

Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Por este motivo se dice que es toda actividad humana que sea observable por otra persona. El comportamiento no es solo un mero conjunto de interacciones, estímulo y respuesta; sino, una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona y precisa de una manifestación externa en el mundo o realidad. El entorno social modifica la respuesta y la persona influye, igualmente, en el entorno en el que se encuentra y por el que está rodeado.^{25, 26}

Los tipos de conducta son:

a) Conducta estereotipada: Es innata, puede ser un tactismo por el que todo el órgano se mueve en relación con un determinado estímulo externo. Si se mueve en dirección al estímulo diremos que es tactismo positivo si se aparta negativo. Los reflejos son considerados como conductas estereotipadas y se distinguen de los tactismos en que los primeros suelen extender el movimiento a una parte del organismo.^{25, 26}

b) Conducta aprendida: El aprendizaje es la modificación de la conducta estereotipada o adquisición de nuevos tipos de conducta.

Los criterios para distinguir la conducta aprendida de las modificaciones de la estereotipada:

- el aprendizaje debe ser permanente
- no será alteración permanente en la conducta que es el hábito es el método más sencillo de aprendizaje, es la eliminación completa de la conducta estereotipada como resultado de un estímulo repetido.^{25, 26}

c) Conducta compleja: El razonamiento es la facultad de utilizar experiencias pasadas, con deducción lógica, para resolver problemas nuevos más o menos complicados.^{25, 26}

2.2.2.7 Conducta ante el dolor dental

Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano que resultan visibles y plausibles de ser observados por otros para controlar y/o manejar el dolor dental. Son todas las acciones que los sujetos llevan a cabo con el fin de obtener un diagnóstico y/o tratamiento para el dolor dental.²⁷

El dolor es una experiencia personal, única y privada, que sufre aquel que lo padece y que se expresa más como una conducta que como una sensación, es decir la característica subjetiva del dolor hace muy difícil transmitir la experiencia sensorial del fenómeno; así mismo, la expresión del dolor está influenciada por la cultura a la cual pertenece el individuo que lo experimenta como ha sido demostrado por Zborowski, pionero en el estudio del dolor y la cultura de tal manera que cada grupo social tiene sus formas particulares de manifestar el dolor a través de diferentes conductas.²⁷

En el dolor interactúan factores biológicos que determinan su localización, duración e intensidad; factores psicológicos que están asociados a la conducta ante el dolor y factores sociales que implican la percepción y significado que el individuo le adjudica a su dolor. Todas estas características establecen el marco que dan lugar a las acciones que los sujetos llevan a cabo con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento para su malestar.¹⁹

Estas prácticas que están comprendidas en el proceso que se conoce como “conducta de búsqueda de atención” o “conducta de enfermedad”- comienzan con la percepción de cambios corporales, la interpretación y creencias respecto de los síntomas, la búsqueda de ayuda, y concluyen con la obtención de diagnóstico y una prescripción terapéutica.²⁶

En la conducta de búsqueda de atención, los individuos se enfrentan a diversos sistemas o sectores de atención a la salud, cada uno de los cuales le ofrece una forma propia de explicar, diagnosticar y tratar la enfermedad.²⁶

Según la clasificación de Helman existen tres sectores de atención ante un dolor: popular, tradicional y profesional:

a) Sector popular: Es un ámbito secular, no profesional, de la sociedad, el individuo lleva a cabo prácticas: automedicación, utilización de remedios caseros, y, “no hacer nada”. Estas prácticas se circunscriben al ámbito del hogar y que pueden ser recomendaciones brindadas por un amigo o un familiar; en general no implican el pago de servicio a una persona capacitada para este fin.²⁸

b) Sector tradicional: Por otro lado en el sector tradicional, los individuos encuentran algún tipo de curación sacra o secular brindada por personas entrenadas de manera formal o informal, como: curanderos, naturistas, yerberos, hueseros, otros. En apariencia, este tipo de atención ofrece varias ventajas:

1) Se comparte la visión del mundo (entre ambas partes): cercanía; y, 2) Calidez-informalidad- utilización de un lenguaje coloquial.²⁸

c) Sector profesional: El sector profesional los individuos interactúan con instituciones de atención a la salud organizadas y sancionadas de manera legal, por lo común bajo un modelo occidental de atención a la salud.

Así en la mayoría de sociedades los individuos se enfrentan a una oferta plural en la atención y deben elegir a cuál o cuáles sectores acudir cuando padecen un problema de salud, ante un dolor.²⁸

Se considera que la utilización de otras formas que no sean en el sector profesional se debe a la falta de recursos económicos y no una expresión de las preferencias de los individuos o una forma de rechazo al conocimiento (conocimiento médico con validación científica).²⁴

2.2.2.8 Tipos de conducta ante el dolor dental

2.2.2.8.1 Automedicación farmacológica

Se entiende por automedicación (AU) aquella situación en que los pacientes consiguen y emplean los medicamentos sin ninguna fiscalización por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).²⁷

El criterio de automedicación ha sido variado en el transcurso de los años, en la actualidad posee un concepto más extenso, aceptado en la actualidad por los distintos autores, se le considera dentro de la automedicación al empleo de medicamentos sin receta médica, además de los medicamentos con receta que recuerdan de tratamientos anteriores y medicamentos recomendados.²⁴

La AU constituye una decisión del propio paciente, a veces aconsejado por amigos o familiares u otro tipo de informaciones, tomada en función de la gravedad de la enfermedad y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la predilección a evitar relación con el médico, o el desconfianza sobre la eficiencia del sistema sanitario.²⁷

a) Factor socio- económico cultural y la automedicación: Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, predominando los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una opción como remedio de nuestros problemas de salud justificados por su propia experiencia. También contribuye el bajo nivel de instrucción de personas, especialmente de los padres de familia, los cuales desconocen por completo el riesgo que incluye la automedicación.¹⁰

Dentro de los elementos económicos que contribuyen a la automedicación, dentro de ellos predominan la falta de trabajo, las perjudiciales condiciones de vida y de trabajo, en la mayoría de los individuos, además de una disminuida ganancia económica familiar, que dificulta la aproximación a los servicios de salud, es decir, habría ausencia de una prescripción médica por profesionales preparados.¹⁰

Dentro de los elementos culturales intervienen el escaso acceso y la pobre disponibilidad de información lo que posibilita a las empresas farmacéuticas difundir información sesgada que empuja a la población al consumo de fármacos que para ellos es considerado como fármacos seguros, esto además se agrega a la carente educación sanitaria.¹⁶

Según distintos estudios realizados en Europa y EE.UU., se considera que entre un 50%- 90% de las enfermedades son inicialmente tratadas con AU; y solo un tercio de la población con alguna dolencia o enfermedad, consulta al médico. Estudios realizados en España sitúan la prevalencia de la AU alrededor de un 40%-75%.²⁷

La promulgación de la AU y su influencia sobre los métodos sanitarios se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas, mejorada por componentes tales como: facilidad de acceso de la población a la información fomentada por el progreso de nuevas tecnologías y sistemas de información, amplia cifra de medicamentos disponibles sin receta, mejor instrucción sanitaria sobre fármacos, profusión de publicaciones, influencia informativa de la industria farmacéutica; y por intereses de reducción de los costos sanitarios, así como por estimar inútil la atención médica para el tratamiento de padecimientos minúsculos.^{27, 28}

El incremento de la práctica de AU entre la población, justifica la obligación de acrecentar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, es importante que la información se encuentre adecuada al grado de instrucción y entendimiento de la población; y podría impedir los riesgos que trae consigo la AU. El farmacéutico en la mayoría de los casos conforma el único medio de información del paciente que se automedica, por lo que su intervención es básica para que la AU se realice racionalmente, segura y eficazmente, así como para mejorar el cumplimiento del tratamiento.^{27, 28, 29}

b) Riesgos de la automedicación farmacológica: Durante mucho tiempo, se ha considerado a la AU como una de las formas de uso irracional de los medicamentos, al constituir una terapéutica no controlada, que no permite un seguimiento del tratamiento de los pacientes, y que puede conllevar numerosos riesgos tales como: 1) Información errónea, insuficiente o no comprensible de los medicamentos y sus características por parte de los pacientes; 2) Elección incorrecta de los medicamentos, por un auto diagnóstico equivocado o bien por una identificación errónea; 3) Uso o administración incorrectos: dosis, vía, duración, conservación, etc.; y riesgo de abuso o dependencia; 4) Aparición de reacciones adversas o interacciones o utilización de asociaciones inadecuadas que podrían ser especialmente peligrosas en ancianos, niños, embarazadas y ciertos grupos de riesgo. 5) Retraso en la asistencia médica apropiada, en los casos en que ésta sea realmente necesaria.³⁰

c) Complicaciones de la automedicación farmacológica: Uno de los aspectos más importantes y preocupantes de la automedicación son las complicaciones que se presentan por el uso inadecuado de los medicamentos, así por ejemplo existen una serie de complicaciones relacionados con cada grupo de fármacos³¹:

1) Aines: El tratamiento no supervisado del dolor se ha complicado cuando se consume AINES. Dentro de sus principales complicaciones están:

Hemorragia digestiva alta (HDA): Se ha detectado una alta incidencia de aproximadamente 650 casos por 100000 habitantes por año, de los cuales el 40% son atribuibles al uso excesivo de ácido acetil salicílico y otros AINES. Esto ocurre por disminución de las prostaglandinas I2 y E2, así mismo, prolongan el tiempo de hemorragia por disminución de la producción de tromboxano-A2 en las plaquetas, prolongan el tiempo de gestación y de hemorragia posparto por disminución de las prostaglandinas E y F y se conoce que las mezclas analgésicas pueden ocasionar cuadros de nefritis intersticial.³¹

Insuficiencia renal: Uno de las complicaciones del uso habitual de analgésicos simples es la nefritis intersticial. Se estima que el 11% de todos los casos de insuficiencia renal terminal cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1000000 habitantes es atribuido al consumo de analgésicos.³¹

Enfermedad Hepática: El abuso crónico de paracetamol como analgésico puede resultar muy perjudicial para la salud. Ya que produce insuficiencia hepática que muchas veces resulta mortal.³¹

Síndrome de Reye: Es un proceso grave que afecta al hígado y cerebro, se presenta por el uso indiscriminado del ácido acetil salicílico (aspirina).

Cualquier analgésico, como medicamento que es, debe ser administrado bajo control y supervisión.³¹

Entre los Analgésicos más usados en el manejo del dolor dental tenemos: paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno; inhibidores de la COX-2, como por ejemplo: Meloxicam y nimesulida. Además de otros como: etoricoxib, celecoxib, rofecoxib, etc.³¹

2) Antibióticos: Las infecciones odontogénicas es una enfermedad común en la consulta odontológica. Se definen como patologías de causa infecciosa al sistema estomatognático y que dependiendo de su estado, pueden inducir en el riesgo de órganos vitales por diseminación directa llevando a procesos crónicos e inclusive a la necrosis dental.³²

La clasificación de los antibióticos según su estructura química encontramos diferentes grupos, como: Sulfamidas, penicilinas, cefalosporinas, amino glucósidos, tetraciclinas, cloranfenicol y macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina). Cabe señalar que existen estudios que mencionan un uso desproporcionado de antibióticos por parte de odontólogos para las afecciones bucales, algunos afirman esto debido a que “en odontología el uso de antibióticos con carácter preventivo no tiene pautas establecidas, sino que, depende del ojo del facultativo y de que si se quiere asumir riesgos o no”.^{32, 33}

Dentro de los antibióticos destacan las penicilinas que si bien es cierto poseen menor toxicidad de todos los antibióticos, su empleo hace que la aparición de reacciones adversas sea parcialmente frecuente; dentro de éstas destacan reacciones de hipersensibilidad: reacción anafiláctica, edema angioneurótico, fiebre medicamentosa, erupciones cutáneas, la enfermedad del suero, nefritis intersticial y trastornos hemáticos.³²

Así mismo, existen reacciones cruzadas por la cual las personas alérgicas a un tipo de penicilina pueden serlo también a cefalosporinas e imipenem.³²

Otros medicamentos: Los medicamentos de venta libre tienen unas características de menor riesgo, deben ser eficientes sobre los síntomas que causan su empleo, han de ser fiables para dar una respuesta consistente y suficientemente rápida, deben ser seguros ya que deben emplearse en

situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil y cómodo para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales. Además, deben tener un amplio margen terapéutico, lo que quiere decir que los errores en la dosificación no deben tener repercusiones graves. Así mismo, se recomienda que el prospecto contenga especificadas las situaciones donde se deberá consultar a un médico. Bajo estas condiciones los medicamentos de venta libre pueden permitir una automedicación correcta.³⁴

Automedicación en el Perú: Lamentablemente en el Perú los medios de comunicación como los comerciales influyen en el estomatólogo induciéndolo a tratar con medicamentos de amplio espectro, más costoso, pudiendo aplicar en infecciones severas y evitando el desarrollo de resistencia. Provocando también una alta tasa de prevalencia de automedicación en nuestro país, como lo demuestran varios estudios hechos en el Perú: a) López R. (1990) realizó un estudio en cuatro ciudades peruanas encontrando un prevalencia de 58%; b) Nebot R. y Llauger G., realizaron un estudio en Lima durante el periodo de Mayo-Junio de 1992, donde encontraron una prevalencia del 42%; c) French C. en 1997 en una encuesta telefónica a asegurados en el IPSS de Lima en personas de todas las edades encontró una frecuencia del 43,89%; y, d) Montalvo C. realizó un estudio en 1999 en sectores urbano- marginales de la ciudad de Chiclayo donde encontró una prevalencia de 39,78%.³⁵

Estas tasas de automedicación son preocupantes puesto que las consecuencias pueden ser importantes como enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o

resistencia a los medicamentos empleados, y fomentar de la drogodependencia.³⁵

2.2.2.8.2 Automedicación tradicional

Tipo de conducta ante el dolor dental en el cual se utiliza productos de origen natural: vegetal, animal, mineral.³⁶

En la medicina tradicional y plantas medicinales tenemos:

Medicina tradicional: Se determinar medicina tradicional “a grupo de todos los conocimientos teóricos y prácticos, para el diagnóstico, prevención de las distintas enfermedades físico, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación transmitidos por una costumbre ancestral.”³⁶

La medicina tradicional se viene utilizando desde hace muchos años atrás y sus practicantes han aportado enormemente a la salud humana, en particular como distribuidores de atención primaria de salud en las comunidades.³⁷

La medicina tradicional ha conservado su popularidad en todo el mundo, en la década de los noventa se ha desarrollado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo. Es un sistema, que tiene conocimientos tradicionales basados en creencias y practicas dichos elementos se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, masajista; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, utilizando sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales y minerales.³⁶

Las plantas medicinales son especies vegetales cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades curativas comprobadas empírica y científicamente en beneficio de la salud.³⁸

Durante años las plantas medicinales han sido un factor muy importante para las diversas culturas por su efecto terapéutico para curar o tratar cualquier tipo de enfermedad o trastorno. Existen alrededor de quinientas mil especies en el planeta, el cual el 10% se consumen tanto como el hombre y los animales y un número mayor se usan para propósitos medicinales.³⁸

La medicina tradicional es extremadamente activa e incorpora a su modelo elementos de otras prácticas, culturas o medicinas. Donde se van enriqueciendo constantemente de contribuciones ajenas y de sus propios descubrimientos.

Durante el coloniaje, se incorporaron elementos de la medicina europea y muchas plantas medicinales usadas actualmente por los curanderos americanos, es el caso de las muy conocidas verbena, llantén, manzanilla, cola de caballo.³⁸

Las comunidades indígenas aportaron a la medicina convencional, los casos fueron en la quinina, del curare, la zarzaparrilla, el guayaco, la coca, entre otras sustancias y plantas medicinales; gracias a estos sistemas medicinales la salud convencional se ha favorecido de esos conocimientos. Existen diferentes formas de elaboración en las plantas medicinales, por ejemplo: En zumo, jugos, ungüentos, cocción, maceración, emplastos, compresas y otros.³⁸

También solas mezcladas, serenadas, hervidas, reposadas, asadas, etc. Igualmente, existe un conocimiento extenso de los componentes de la planta que se emplean como medicina, como lo es el conocimiento específico de las horas, condiciones y los procedimientos rituales para recolectarlas. Existen terapeutas que dialogan con las plantas, otros median cantos, rezos y plegarias durante la colecta, como también otros celebran rituales largos y continuos durante todo el proceso de curación y preparación de medicamentos. Por Ejemplo en los

pueblos andinos, destacando la coca, como medicina y como componente de rituales, sanaciones y ofrendas, desempeñando también actos sociales religiosos y mágicos como un rol integrador socioeconómico favoreciendo a la unión de las comunidades andinas.³⁹

El biólogo Doménico Carotenuto, relata que el uso de las plantas medicinales contribuyen al fortalecimiento de los programas de salud, y también a la economía del país, existen diferentes formas en que se las aprovechan: como materia prima, como extractos alcohólicos o acuosos, en forma semipurificada o también como sustancias puras o semisintéticas.³⁹

En el reconocimiento de la medicina tradicional y la utilización de las plantas medicinales en la salud pública, la OMS, mediante la resolución WHA 331.33 (1978) reconoció la importancia de las plantas medicinales en el cuidado de la salud y recomendó a los estados miembros a elaborar.³⁶

- 1) Un inventario y clasificación terapéutica, actualizadas periódicamente de plantas usadas en los diferentes países
- 2) Criterios científicos y métodos para asegurar la calidad de las preparaciones con plantas medicinales y su eficacia en el tratamiento de enfermedades
- 3) Estándares internacionales y especificaciones de identidad, pureza, potencia y buenas prácticas de fabricación
- 4) Métodos para el uso seguro y efectivo de productos fitoterapéuticos por diferentes profesionales de la salud
- 5) Diseminación de la información a los estados miembros
- 6) Designación de centros de investigación y capacitación para el estudio de plantas medicinales.³⁶

b) Plantas medicinales en odontología: En las consultas estomatológicas los dolores dentales son achaques frecuentes, los cuales por su magnitud disminuyen las funciones del individuo. Para tratar dichas alteraciones se emplean fármacos de diversa naturaleza, aunque desde tiempos remotos diversas plantas también han sido empleadas.⁴⁰

Las plantas medicinales son utilizadas para calmar las odontalgias producen entre otros metabolitos secundarios con posible actividad biológica: aceites esenciales, alcaloides, cardenólidos, ciclitoles, glucósidos-iridoides, heterósidoscianogenéticos, mucílagos, resinas, saponinas, sesquiterpenos, taninos y triterpenos. Las partes de los vegetales empleadas son muy variadas e incluyen en algunos casos a la planta entera fresca. Los usos más frecuentes son en infusiones o cocción. Las vías de administración pueden ser local, tópica o por medio de enjuagatorios.⁴⁰

Las plantas, han sido; años atrás un recurso fundamental para el hombre útil para curar o trata cualquier tipo de enfermedad. Se cree que existen alrededor de 500,000 especies vegetales en nuestro planeta.⁴¹

Tabla 1. Plantas medicinales del Perú usadas en Odontología.⁴¹⁻⁴³

Nombre científico	Nombre popular	Parte de la planta empleada	Forma de empleo
<i>Couropitaguianensis</i> Aublet	Ayahuma	Yemas foliares	Aplicar localmente en la pieza dental
<i>Psidium</i> guayava L.	Guayaba	Hojas	Se mastican las hojas frescas. Analgésico dental
<i>Picusinsipida</i> Willd.	Ojé	Látex de la corteza	Aplicación local del látex fresco con algodón.
<i>Tessaria integrifolia</i>	Pájaro bobo	Corteza	Analgésico dental
<i>Artocarpus altitosis</i> Fosb.	Pan del árbol	Raíz	Enjuagues bucales con el cocimiento de la raíz.
<i>Jathropa curcas</i>	Piñón blanco	Látex de la corteza	Se aplica un algodón empapado con el látex sobre la pieza cariada.
<i>Piper peltatum</i> L.	Santa María	Hojas	Cocimiento de hojas. Se bebe el líquido y las hojas se colocan en la zona adolorida.
<i>Anacardium occidentale</i>	Marañón	El aceite de la cáscara	Se aplica el aceite sobre las muelas cariadas.
<i>Bidens pilosa</i> L.	Amor seco	Hojas	Se usa en casos de aftas, dolor de muelas, estomatitis (beber el cocimiento de hojas y flores)
<i>Casearia preacox</i> Grieseb.	Nea bero	Hojas	Se mastican las hojas para dolor de muelas.
<i>Cedrela odorata</i> L.	Cedro colorado	Resina	Se aplica la resina para dolor de muelas.
<i>Crescentia cujete</i> L.	Tútumo	Hojas	Se mastican las hojas en caso de dolor de muelas
<i>Croton lechleri</i> Muell. Arg.	Palo de grado	Látex	Después de la extracción del diente aplicar el látex
<i>Dendropanax tessmanii</i> Harás	Ogu-isi	Hojas 152	Fortalece los dientes contra la caries, dentífrico y como blanqueador de dientes.
<i>Ephedra breaba</i> Philippi	Pinco-pinco	Planta	Se emplea la decocción de las plantas en lavados bucales
<i>Maclurata tinctoria</i> Steudel	Insira	Resina	Analgésico dental y destruye el diente cariado
<i>Inaequalifolia</i> R&P	Congona	Planta entera	Usado en caso de gingivitis

2.2.2.8.3 Medicación odontológica por dolor dental

Determina que la conducta de la población ante el proceso salud enfermedad son influidos por la cultura médica existente, en la que se incluye la postura del médico. Fredison, en su ensayo sobre la construcción popular de la enfermedad subraya que un aspecto importante en la actitud y conducta ante el proceso salud enfermedad del individuo radica en la importancia que el individuo le dé a la enfermedad Horming y Massagli proponen que los pacientes buscan dos objetivos primero obteniendo un buen diagnóstico y un adecuado tratamiento y el segundo es tener confianza en el cirujano dentista con respecto al manejo y la ansiedad que tanto el padecimiento como el tratamiento implican.⁴⁴

Algunos de los factores que tienen influencia en la solicitud del servicio dental por lo regular obedecen a problemas de tipo social, cultural y de conducta, éstos se sabe que influyen directamente en la salud bucal de la población afectando la demanda del servicio dental.⁴⁴

Extracción por dolor dental. La causa principal para las personas que decidan extraerse un diente es el dolor dental que se produce en gran porcentaje por la caries dental y las enfermedades periodontales que son patologías que poseen una alta prevalencia, el avance progresivo de las patologías antes mencionadas y la falta de tratamiento para las mismas, se traduce finalmente en cuadros clínicos de urgencia que constituyen el motivo de consulta.⁴⁵

La caries es una enfermedad oral que se manifiesta en los dientes y que puede avanzar hasta la muerte pulpar y el absceso peri apical agudo. Durante el desarrollo de su proceso puede llevar al paciente a que la extracción del diente, principalmente, por el dolor originado por una pulpitis, por la fractura dentaria tras

una gran caries, o por el proceso infeccioso originado tras el avance de la infección por vía pulpar hasta más allá del ápice entre otras patologías.⁴⁵

Los tejidos que rodean y sostienen al diente básicamente pueden originar la pérdida de dientes porque avanzada su evolución producen movilidad dentaria que hace dolorosa la función o porque se producen abscesos a través de las bolsas periodontales.⁴⁵

El objetivo en tratar las urgencias y prevenir toda lesión o enfermedad, por su intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere atención inmediata. La prioridad de una atención de urgencia es evaluada por el profesional considerando obviamente, eventos dolorosos, infecciosos, hemorrágicos, traumáticos, neoplásicos, etc. Es evidente que el paciente acude buscando alivio a su situación de salud, y no se conforma con un examen ni con una explicación o postergación; es decir solicitar una acción y/o tratamiento inmediato.⁴⁶

El condicionado acceso que tiene la población a la atención de salud odontológica se establece en un factor de riesgo debido a la carencia oportuna de recibir acciones promocionales, preventivas, de pesquisa precoz, de recuperación del daño instalado, de rehabilitación integral, y a la falta de disponibilidad de horas ofrecidas en el servicio público. Un caso característico de las poblaciones rurales es el denominado cultura de la extracción, la cual se produce en dos problemas fundamentales: por un lado, ante la aparición de dolor dental agudo, las personas reconocen a la extracción como única práctica para darle solución; por el otro, el único tipo de prácticas que se realiza en los centros asistenciales a los que tienen acceso, es la extracción.^{47, 48}

Resignación y tolerancia del dolor. Es característica en pobladores que no tienen acceso a la atención odontológica como en zonas rurales en las cuales la

conformidad los lleva a asumir una actitud naturalizada hacia la misma. La enfermedad es una especie de intensión que pareciera no poderse evitar.⁴⁹

En el caso de la salud bucal, esta actitud de resignación es marcada, por ejemplo: Señalan que sus problemas se pueden atribuir a ser portadores de una dentadura falsa, o que los dientes se les picaron y se les cayeron así solos no más, lo cual termina transformándose para ellos en una especie de solución a sus penurias odontológicas. También, los pobladores revelan una cultura sintomática, según la cual solo se asiste al médico en presencia de dolor. Es importante destacar que dichas asistencias solo existen cuando hay un elevado y avanzado dolor, motivo que los mueve a la consulta y se opta por la asistencia médica.⁵⁰

El odontólogo es una figura extraña a la realidad habitual de esta comunidad. Los pobladores relatan sentir temor ante su presencia, sobre todo por el instrumental que emplea, el miedo y sumado a la ausencia de estos profesionales en los postas comunales y a la carencia de recursos para viajar al hospital zonal, motiva, en la casi totalidad de los casos, la ausencia total de controles odontológicos.⁵¹

La gravedad del problema que afecta a estas poblaciones, debería hacer conciencia a los responsables para poder desarrollar estrategias de intervención pública y privada con el objetivo de repercutir la desventaja y la debilidad en la que se encuentran los pobladores de zonas rurales en situación de aislamiento.⁴⁶

2.3 Definición de términos básicos

Automedicación farmacológica: Es aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).²⁹

Automedicación tradicional: Es aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan productos de origen natural (vegetal, animal, mineral) sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).³⁸

Asentamiento humano: Es un conjunto poblacional que carece de servicios básicos de infraestructura urbana, como servicios de luz, agua y seguridad ciudadana. Forma parte del ambiente urbano y se denomina urbano marginal. Se presente en todas las ciudades de los países en desarrollo.⁵²

Antibióticos: Son medicamentos contra la infección prescritos o no prescritos. De acuerdo a la clasificación de los antibióticos según su estructura química encontramos diferentes grupos, como: sulfamidas, penicilinas, cefalosporinas, amino glucósidos, tetraciclinas, cloranfenicol y macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina).³²

Atención odontológica: Destaca la actitud y conducta ante el proceso salud enfermedad del individuo, radica en el significado que la persona le otorgue a la

enfermedad. Las teorías plantean que los pacientes tienen dos objetivos cuando buscan atención odontológica. El primero es obtener un buen diagnóstico y un apropiado tratamiento, el segundo es tener confianza en el dentista respecto al manejo y la ansiedad que tanto el padecimiento como el tratamiento implican.⁵¹

Conducta: Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Por este motivo se dice que es toda actividad humana que sea observable por otra persona. El comportamiento no es solo un mero conjunto de interacciones, estímulo y respuesta, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona y precisa de una manifestación externa en el mundo o realidad.²⁵

Dolor dental: El dolor dental es uno de los dolores más agudos que se presentan en el ser humano, éste al presentarse de forma impetuosa y sorpresiva hace que el paciente tienda a calmarlo inmediatamente; acudiendo a la automedicación en la mayoría de los casos. Existen diversas causas en la adopción del dolor dental.¹⁸

Exclusión social: Es un proceso mediante el cual personas conformantes de una misma sociedad son desatendidas de los diversos programas que el estado ofrece hacia sus ciudadanos en materia de salud, educación y otros⁵³.

Nivel social: Representa los rasgos o características del grupo de diferentes latitudes como físicas, de ingreso, humanas, residencia. Tiene características ancestrales y/o geográficas.¹⁷

Plantas medicinales en odontología: Las plantas medicinales utilizadas para calmar el dolor dental elaboran, entre otros, metabolitos secundarios con posible actividad biológica: aceites esenciales, alcaloides, cardenólidos, ciclitoles, glucósidos- iridoides, heterósidoscianogenéticos, mucílagos, resinas, saponinas, sesquiterpenos, taninos y triterpenos.⁴⁰

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis

H₀: El nivel socio económico-cultural presenta relación con la automedicación farmacológica en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa–Chorrillos 2016.

H₁: El nivel socio económico-cultural no presenta relación con la automedicación farmacológica en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa–Chorrillos 2016.

3.2 Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y Operacional

- **Nivel socio económico cultural:** Característica asignada por la suma de los datos del nivel social económico y cultural del individuo y categorizada como: medio alto, medio bajo y muy bajo.
- **Automedicación en el control del dolor dental:** Acción que el individuo hace al margen de la prescripción médica de aquellos medicamentos que considera adecuados para calmar el dolor dental.

Tabla 2: Definición conceptual de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Nivel socio económico cultural	Característica asignada por la suma de los datos del nivel social económico y cultural del individuo y categorizada como: medio alto, medio, bajo, muy bajo.	Nivel social, caracterizado por principal actividad laboral, organización a la pertenece y principal actividad en el tiempo libre. Nivel económico, promedio de ingreso mensual, principal material de la vivienda, pertenencia de la vivienda y servicios con la que cuenta la vivienda. Nivel cultural, idioma que domina, grado de instrucción, medios de información y preferencia de programas de TV.
Automedicación en el dolor dental	Acción que el individuo hace al margen de la prescripción médica de aquellos medicamentos que considera adecuados para calmar el dolor dental	Tipos de automedicación, automedicación farmacológica, automedicación tradicional Características de la automedicación, persona que lo aconseja, efectividad del medicamento, procedencia del medicamento

Tabla 3: Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	SUBDIMENSION	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA		
Variable X: Nivel socio económico cultural	Característica asignada por la suma de los datos del nivel social económico y cultural del individuo y categorizada como:Medio alto, Medio.	X1: Nivel social		Principal actividad Laboral	Nominal	Medio alto: 12-15 ptos Medio: 8-11ptos Bajo: 4-7ptos Muy Bajo: 0-3 ptos		
				Organización a la Perteneces				
				Principal actividad en el tiempo libre				
		X2: Nivel económico	Promedio de ingreso Mensual	Nominal	Medio alto: 19-26 ptos Medio: 13-18ptos Bajo: 7-12ptos Muy Bajo: 1-6 ptos			
			Principal material de la vivienda					
			Pertenencia de la Vivienda					
			Servicios con la que cuenta la vivienda					
		X3: Nivel cultural	Idioma que domina	Nominal	Medio alto: 12-16 ptos Medio: 9-11ptos Bajo: 6-8ptos Muy Bajo: 3-5 ptos			
			Grado de instrucción					
			Medios de información					
			Preferencia de Programas de tv.					
		Variable Y: Automedicación en el dolor dental	Acción que el individuo hace al margen de la prescripción médica de aquellos medicamentos que considera adecuados para calmar el dolor dental	Tipos de automedicación	Automedicación farmacológica	Test	Nominal	-Antiinflamatorios -Antibióticos -Analgésicos -No recuerda
Automedicación tradicional	Test				Nominal	-Vegetal -Animal -Mineral -Emplasto o Preparado -No recuerda		
Características de la automedicación	Persona que lo Aconseja			Test	Nominal	-Padres -Familiares -Amigos -Farmacéutico -Por decisión propia		
	Efectividad del medicamento			Test	Nominal	a) Calmó al instante (10min) b)En corto Tiempo (30min) c) Largo Tiempo(1h) d) No calmó		
	Procedencia del medicamento			Test	Nominal	-Farmacia -Bodega -Botiquín familiar -Familiares o amigos -Otros		
Covariable: Grupo Etéreo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento			Grupo de edades		Edad cronológica	Ordinal	18-29 años (1) 30-345 años (2) 45 a más años (3)
Covariable: Sexo	Conjunto de características biológicas que definen al espectro humano en varón o mujer			Sexo de personas		Género	Nominal	Masculino (1) Femenino (2)

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

4.1.1 Tipo y nivel de la investigación

a) Tipo de investigación

El tipo de investigación es descriptivo, porque se recolectó información con respecto a una situación previamente determinada.

b) Nivel de investigación

Descriptiva.

4.1.2 Método y diseño de la investigación

a) Método de investigación

Descriptivo correlacional que mide la relación existente entre las variables de estudio.

b) Diseño de investigación

El diseño de la investigación es correlacional, debido a que se trató de encontrar una posible relación entre la variable dependiente (automedicación en el control del dolor dental) y la independiente (nivel socioeconómico-cultural). El diseño es no experimental, porque no intervino en el cambio de las variables y transversal, porque se realizó un corte en el tiempo.

4.2 Diseño muestral y matriz de consistencia

a) Población

La presente investigación se llevó a cabo con habitantes (jefes de familia) de la asociación civil asentamiento humano permanente Pacífico de Villa del distrito de Chorrillos. La población está conformada por 3600 habitantes, se les informó sobre su ingreso al estudio, para su aceptación correspondiente.

Criterios de inclusión:

- a) Los pobladores mayores de edad del asentamiento humano “Pacífico de Villa” de Chorrillos,
- b) Los pobladores del asentamiento humano “Pacífico de Villa” de Chorrillos que aceptaron ser parte de la investigación.

Criterios de exclusión:

- a) Estarán excluidos los pobladores del asentamiento humano “Pacífico de Villa” de Chorrillos que por razones de salud u otros no puedan dar información en el momento de la aplicación de la encuesta.

b) Muestra

Para determinar el tamaño de muestra se empleara la siguiente fórmula de muestreo proporcional.

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{E^2}$$

Ya que se conoce el tamaño de la población, es necesario hacer un ajuste en el tamaño de la muestra, usando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

Dónde:

n_0 = Tamaño inicial de la muestra

n = Tamaño de la muestra

N = Población (3600)

Z = Nivel de confianza (95%) = 1,96

P = Probabilidad de éxitos = 0.5 (50 %)

Q = Probabilidad de fracasos = $1-p = 0.5$ (50 %)

E = Error = 0.05 (5 %)

Aplicando los datos de la fórmula, se halla el tamaño de la muestra, obteniendo los siguientes resultados:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = \frac{(3.84)(0.25)}{0.0025}$$

$$n_0 = \frac{0.96}{0.0025}$$

$$n_0 = 384,16 = 385$$

Luego se realizó el ajuste del tamaño de la muestra, ejecutando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n = \frac{385}{1 + \frac{385 - 1}{3600}}$$

$$n = 346,85 = 347$$

Por ser la población de 3600 habitantes, la muestra será de 347 habitantes, se empleará el programa estadístico SPSS v. 22, para procesar la información y elaborar los cuadros estadísticos con los gráficos respectivos.

Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología	Población
<p>Principal</p> <p>- ¿Cómo se relaciona el nivel socioeconómico-cultural con la automedicación en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016?</p>	<p>Principal</p> <p>- Identificar el nivel socioeconómico-cultural en relación con la automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.</p> <p>Secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la relación entre el nivel social y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016. - Determinar la relación entre el nivel económico y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016. - Determinar la relación entre el nivel cultural y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016. - Determinar los tipos de automedicación usados en el manejo del dolor dental según edad y sexo en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016. 	<p>H₀: El nivel socio económico-cultural presenta relación con la automedicación farmacológica en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.</p> <p>H₁: El nivel socio económico-cultural no presenta relación con la automedicación farmacológica en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.</p>	<p>V. Independiente (X)</p> <p>Nivel socio económico cultural</p> <p>V. Dependiente (Y)</p> <p>Manejo del dolor dental</p>	<p>X1. Nivel social X2. Nivel económico X3. Nivel cultural</p> <p>Y1. Tipos de automedicación Y2. Características de la automedicación</p>	<p>Tipo Cualitativa</p> <p>Diseño Descriptivo correlacional Transversal</p>	<p>La población estará conformada por 3600 habitantes</p> <p>Muestra: La muestra será de 347 habitantes.</p>

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

a) Técnica

Consentimiento informado: Se procedió a solicitar la autorización por medio de un consentimiento informado a los pobladores del asentamiento humano “Pacífico de Villa” de Chorrillos, procediendo después con la presentación del investigador como bachiller de estomatología, se le explicó el motivo del estudio, solicitando el permiso para realizar la investigación.

b) Instrumento de la recolección de datos

Recolección de datos: Una vez aceptada la solicitud, se procedió a realizar la entrevista y el llenado del cuestionario estructurado para determinar la relación entre el nivel socioeconómico-cultural y el manejo del dolor dental en el asentamiento humano, por medio de una encuesta ya validada, a los pobladores del asentamiento humano “Pacífico de Villa” Chorrillos, que fueron mayores de edad y que firmaron el consentimiento informado; se mantuvo en cuenta la confidencialidad del paciente, se colocó las siglas del nombre completo y un número designado a cada poblador.

El instrumento de recolección de datos constó de veinte preguntas, los datos de filiación o datos generales con dos preguntas, la primera sobre edad cronológica entre las edades de 18 años a 80 años y la segunda sobre el género. El nivel socioeconómico-cultural, con tres preguntas sobre el nivel social, cuatro preguntas sobre el nivel económico y cuatro preguntas sobre el nivel cultural con sus categorizaciones correspondientes y por último siete preguntas referentes al manejo del dolor dental. En lo referente a la

automedicación para el manejo del dolor dental las preguntas se refieren a la automedicación farmacológica y/o tradicional, así como a las características de la automedicación que tienen que ver con las personas que aconsejan, la efectividad del medicamento y la procedencia de este; al instrumento se le asignaron una serie de puntajes para indicadores del nivel socioeconómico-cultural.

Elaboración y vaciado de datos: Posteriormente al recojo, se elaboró la matriz y se vaciaron los datos obtenidos, previamente codificadas las variables y los indicadores propuestos en el estudio, los que luego se tabularon en EXCEL, vaciándose la información en el programa de SPSS v.22.

Plan de análisis de datos: El ingreso de los datos se realizó en una matriz por cada sujeto de estudio, el procesamiento y el análisis de los datos de las encuestas realizadas, se ejecutó con el apoyo del programa informático. El procesamiento de la información, se realizó usando el software SPSS v.22, codificándose para obtener así las tablas que ayudaron a reunir, presentar y analizar la información de los datos obtenidos. Los gráficos y cuadros se procesaron, para mejorar la presentación de los cuadros.

Como medidas estadísticas se empleó la desviación estándar, para poder obtener una descripción e interpretación más real; Spearman para correlacionar dos variables que son nivel socioeconómico-cultural y la automedicación en el dolor dental, Chi Cuadrado es una prueba de hipótesis que determina si dos variables están relacionadas o no.

c) Validez y confiabilidad

El Alfa de Cronbach

Es una medida de la consistencia interna del instrumento, en la presente investigación es de 0.404, siendo este valor, el que da la validez de criterio, lo que indica la tabla y que muestre la validez media y confiabilidad media del instrumento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N.º de elementos
,683	,404	45

Construcción de los límites de confianza según la escala de Estaninos

La escala de estaninos es una escala normalizada de nueve unidades con media cinco y desviación dos, que sirva para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables.

Escala de Estaninos

$$\text{Fórmula} = X + 0,75 (Sx)$$

Donde X = media

Sx = Desviación estándar

Límites de confianza para la distribución de puntajes en categorías

PUNTAJE MINIMO = 4 puntos

PUNTAJE MÁXIMO = 57 puntos

$$a = \text{media} - 0,75 (Sx) = 15$$

$$a = \text{media} + 0,75 (Sx) = 28$$

$$a = \text{media} + 0,75 (Sx) = 41$$

- **Primera categoría MUY BAJO:** puntaje mínimo hasta (a): 4 – 15 pts.
- **Segunda categoría BAJO:** mayor de (a) hasta (b): 16 – 28 pts.
- **Tercera categoría MEDIO:** mayor de (b) hasta (c): 29 – 41 pts.
- **Cuarta categoría MEDIO ALTO:** mayor de (c) hasta el puntaje máximo: 42 – 57 pts.

4.4 Técnicas de procesamiento de la información

El ingreso de los datos se realizó en una matriz por cada sujeto de estudio, el procesamiento y el análisis de los datos de las encuestas realizadas, se ejecutó con el apoyo del programa informático. El procesamiento de la información, se realizó usando el software SPSS v.22, codificándose para obtener así las tablas que ayudaron a reunir, presentar y analizar la información de los datos obtenidos. Los gráficos y cuadros se procesaron, para mejorar la presentación de los cuadros.

4.5 Técnicas estadísticas usadas en el análisis de la información

Como medidas estadísticas se empleó la desviación estándar, para poder obtener una descripción e interpretación más real; Spearman para correlacionar dos variables que son nivel socioeconómico-cultural y la automedicación en el dolor dental, Chi Cuadrado es una prueba de hipótesis que determina si dos variables están relacionadas o no.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos.

Tabla N.º 1

Personas que padecieron de “dolor de muela” en los pobladores del asentamiento humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	290	83,6%	83,6%	83,6%
	No	57	16,4%	16,4%	100,0%
	Total	347	100,0%	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

Aproximadamente el 83,6% de la población ha padecido dolor de muela y un 16,4% no lo ha padecido, lo que significa que la mayor parte de dicha población presenta dolor dental.

Gráfico N.º 1

Personas que padecieron de “dolor de muela” en los pobladores del asentamiento humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

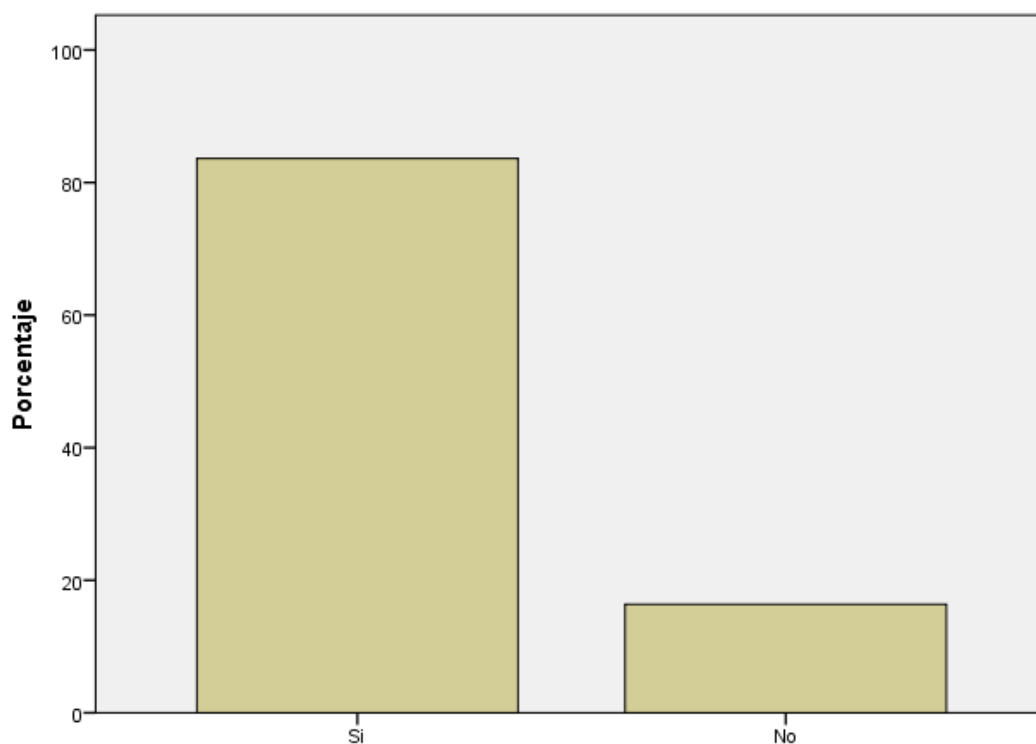


Tabla N.º 2

Manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico De Villa–Chorrillos 2016.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A. farmacológica	24	8,2%	8,2%	8,2%
	Medicación profesional	45	15,5%	15,5%	23,6%
	A. farmacológica y A. tradicional	214	73,6%	73,6%	97,3%
	Ninguno	8	2,7%	2,7%	100,0%
	Total	290	100,0%	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

Aproximadamente el 8,2% de la población prefiere manejar el dolor dental con automedicación farmacológica, un 15,5% medicación profesional, y un 73,6% manejó el dolor a través de la automedicación farmacológica en combinación con la automedicación tradicional, mientras que solo un 2,7% ninguno.

Gráfico N.º 2

Manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico De Villa–Chorrillos 2016.

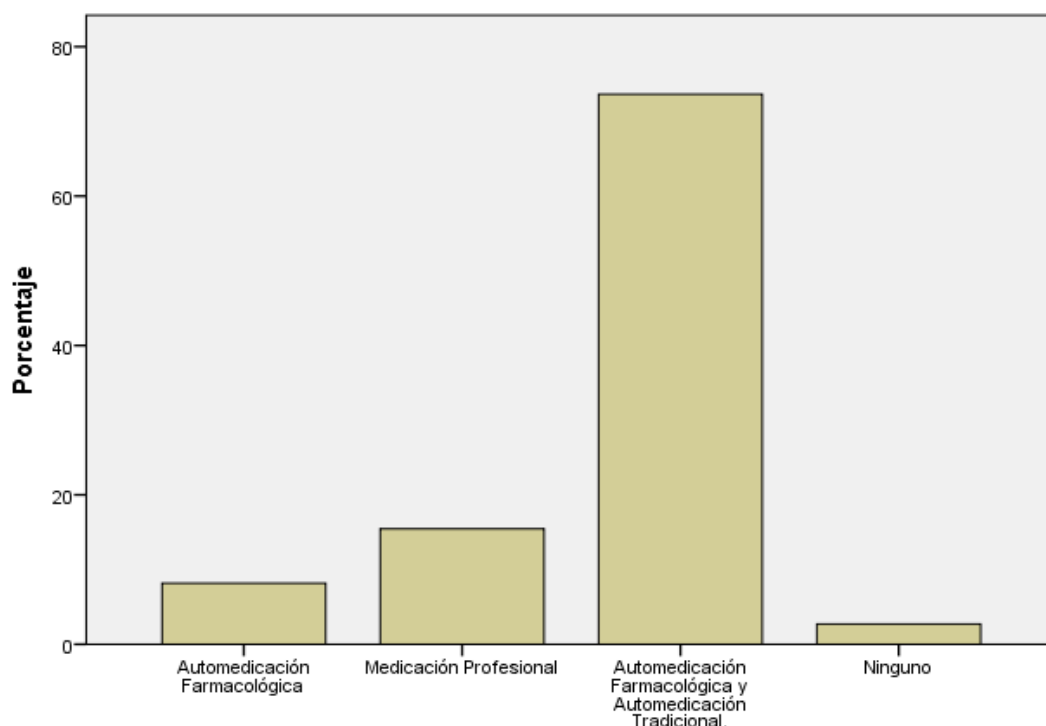


Tabla N.º 3

Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación farmacológica por los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Antiinflamatorios	173	72,7%	72,7%	72,7%
Analgésicos	26	10,9%	10,9%	83,6%
Antibióticos	39	16,4%	16,4%	100,0%
Total	238	100,0%	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

En la automedicación farmacológica, se encontró en mayor porcentaje el uso de los antiinflamatorios (72,7%), seguido por los antibióticos (16,4%) y los analgésicos (10,9%).

Gráfico N.º 3

Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación farmacológica por los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.

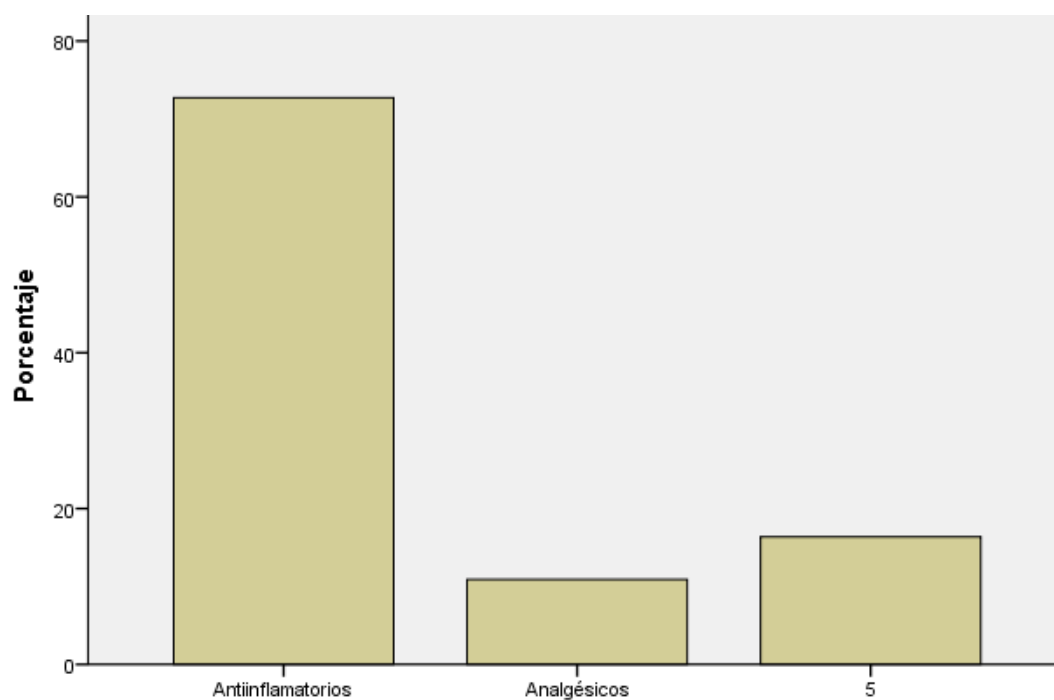


Tabla N.º 4

Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación tradicional por los pobladores del asentamiento humano Pacifico De Villa-Chorrillos 2016.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vegetal	58	27,3%	27,3%	27,3%
	Animal	16	7,4%	7,4%	34,5%
	Mineral	115	53,7%	53,7%	88,2%
	No recuerda	25	11,6%	11,6%	100,0%
	Total	214	100,0%	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

En la automedicación tradicional, fue usado en mayor porcentaje el tipo mineral (53,7 %), seguido por el vegetal (27,3%), no recuerda (11,6%) y animal (7,4%).

Gráfico N.º 4

Tipo de medicamentos utilizados en la automedicación tradicional por los pobladores del asentamiento humano Pacifico De Villa-Chorrillos 2016.

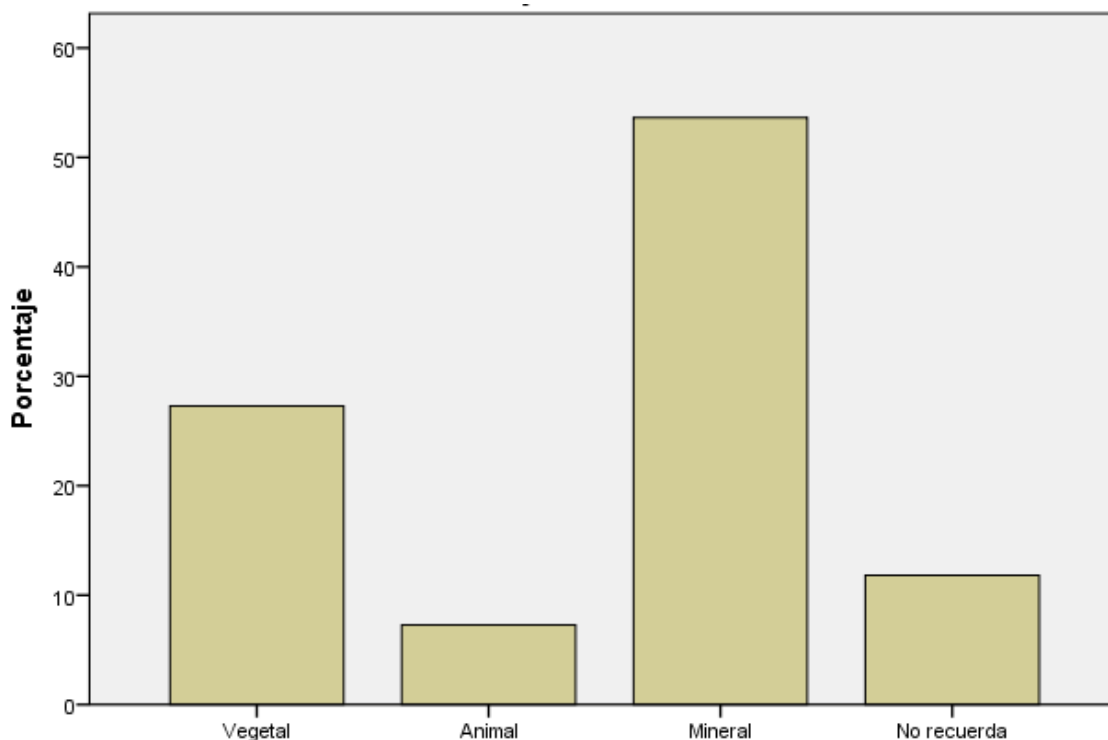


Tabla N.º 5

Persona que aconsejó la adquisición del medicamento en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Padres	156	53,7%	53,7%
	Familiares	121	41,8%	95,5%
	Por decisión propia	13	4,5%	4,5%
	Total	290	100,0%	100,0%

Fuente: Propia del investigador

En las personas que aconsejaron la adquisición del medicamento, se encontró que en mayor porcentaje fueron los padres (53,7%), seguido por los familiares (41,8%) y decisión propia (4,5%).

Gráfico N.º 5

Persona que aconsejó la adquisición del medicamento en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

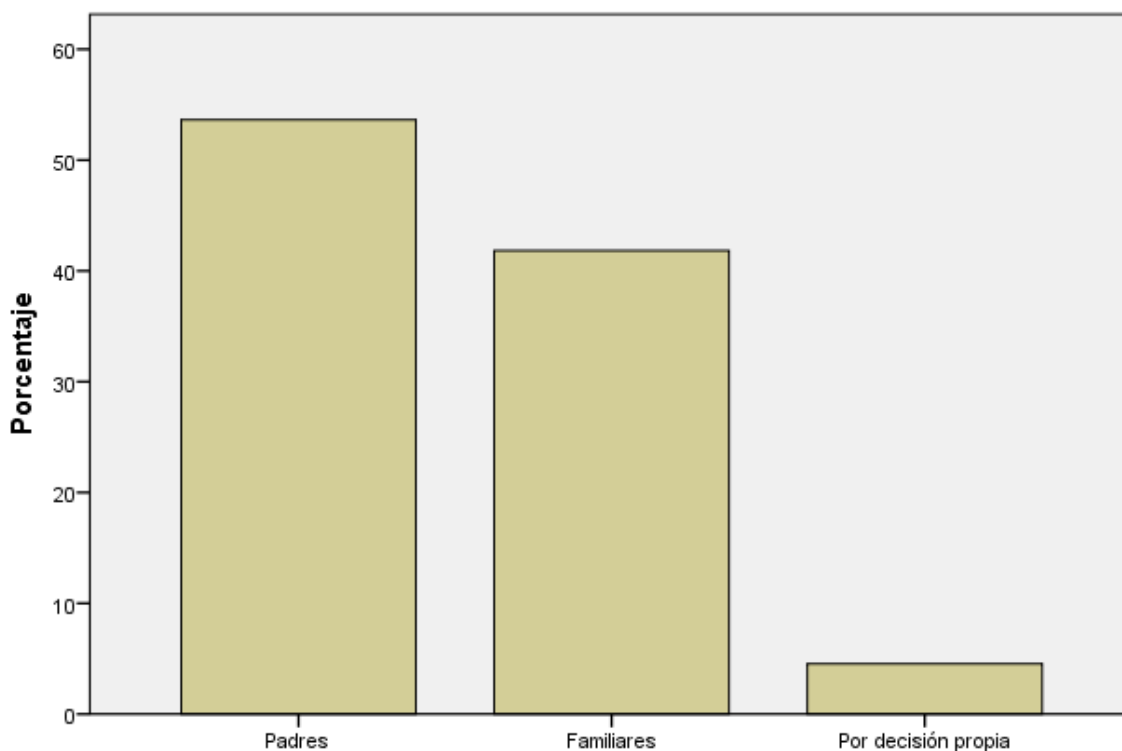


Tabla N.º 6

Lugar donde consiguieron los medicamentos que tomaron en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Farmacia	190	65,5%	65,5%	65,5%
Bodega	84	29,1%	29,1%	94,5%
Válido Botiquín familiar	16	5,5%	5,5%	100,0%
Total	290	100,0%	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

Aproximadamente el 65,5% consigue medicina de la farmacia, un 29,1% de la población prefiere de la bodega, un 5,5% del botiquín familiar. Lo que significa que dicha población prevalece la compra en farmacia.

Gráfico N.º 6

Lugar donde consiguieron los medicamentos que tomaron en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

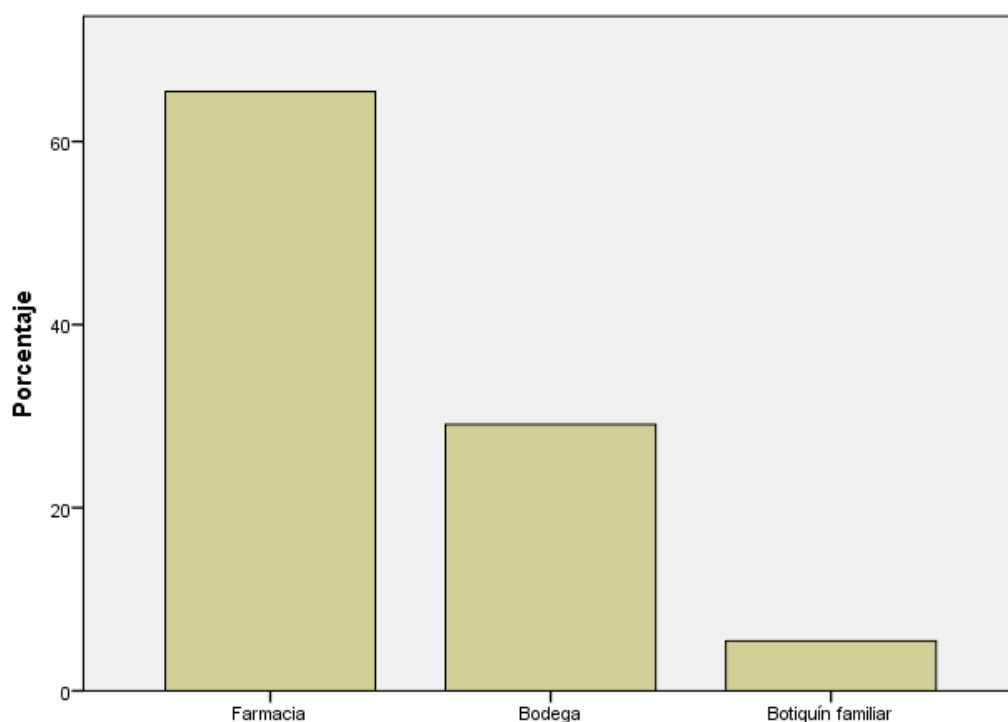


Tabla N.º 7

Efectividad del medicamento adquirido en los pobladores del Asentamiento Humano Pacifico De Villa – Chorrillos 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Calmó al instante (10 minutos)	58	20,0%	20,0%	20,0%
En corto tiempo (30 minutos)	184	63,6%	63,6%	83,6%
Largo Tiempo	48	16,4%	16,4%	100,0%
Total	290	100,0%	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

En la efectividad del medicamento se encontró que la mayoría fue calmada en corto tiempo (30 minutos) (63.6 %), seguido por calmo al instante (10 minutos) (20 %) y largo tiempo (16.4 %).

Tabla N.º 7

Efectividad del medicamento adquirido en los pobladores del Asentamiento Humano Pacifico De Villa – Chorrillos 2016.

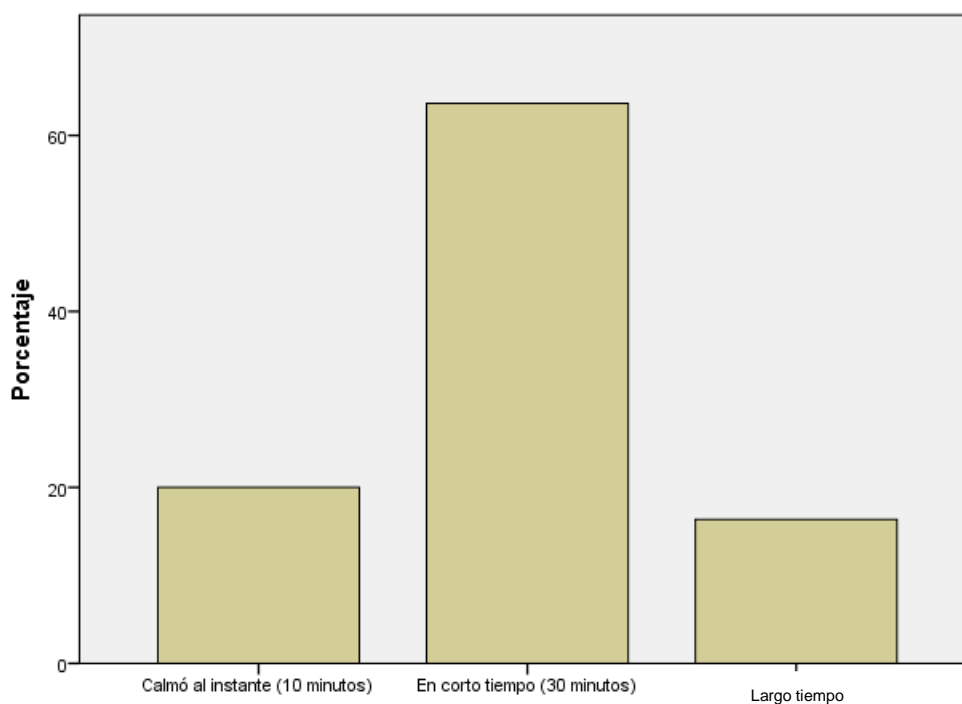


Tabla N.º 08

Manejo del dolor dental, según edad en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

		MDD2. ¿Cómo maneja o manejó el dolor dental?									
		Automedicación farmacológica		Medicación profesional		A. farmacológica y A. tradicional.		Ninguno		Total	
Edad	De 18 a 30 años	9	3,1 %	28	9,6 %	76	26,2 %	3	1,1 %	116	40 %
	Más de 30 a 45 años	9	3,1 %	6	2 %	72	24,8 %	1	0,5 %	89	30,7 %
	Más de 45 años	6	2 %	11	3,8 %	66	22,7 %	3	1,1 %	85	29,3 %
	Total	24	8,2 %	45	15,4 %	214	73,7 %	7	2,7 %	290	100 %

Fuente: Propia del investigador

Según la edad y el manejo del dolor dental, se usó en mayor porcentaje la automedicación farmacológica en combinación con la tradicional, en los tres grupos etáreos, siendo el de mayor porcentaje el del grupo de 18 a 30 años (26,2%), seguido por el de 30 a 45 años (24,8%) y mayor de 45 años (22,7%).

Gráfico N.º 08

Manejo del dolor dental, según edad en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

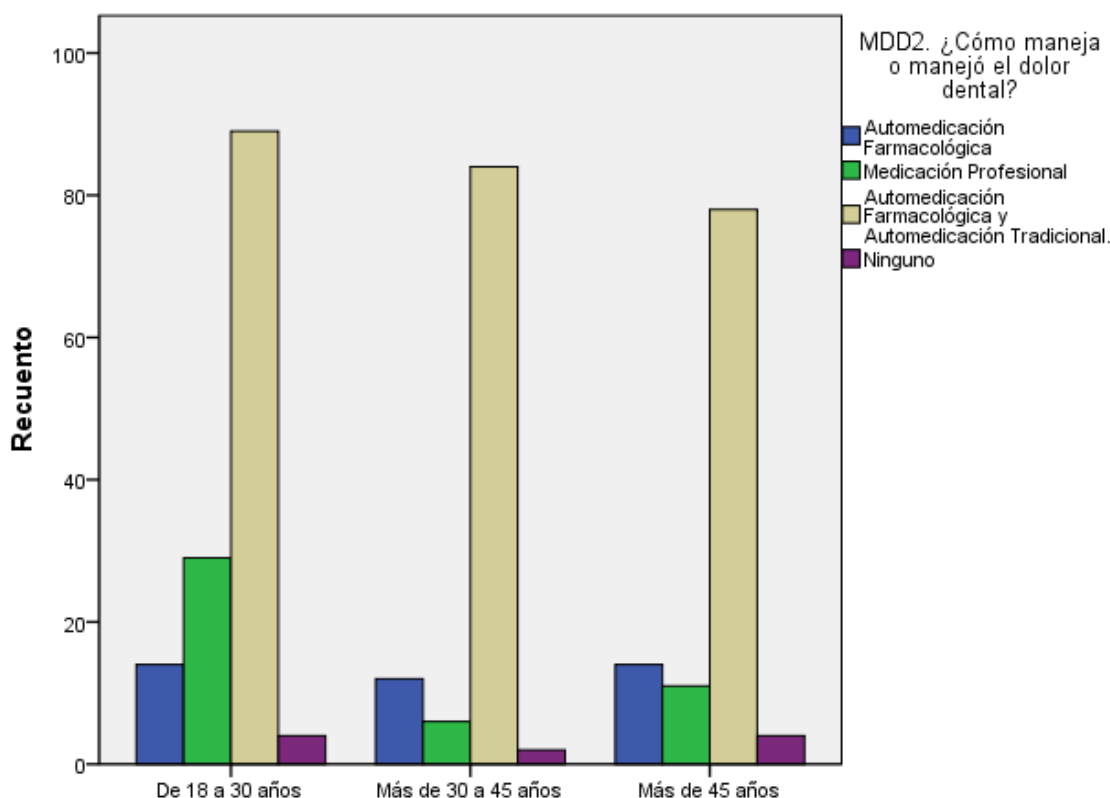


Tabla N.º 9

Manejo del dolor dental, según sexo en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa–Chorrillos 2016.

		MDD2. ¿Cómo maneja o manejó el dolor dental?									
		Automedicación Farmacológica		Medicación Profesional		Automedicación Farmacológica y Tradicional.		Ninguno		Total	
Sexo	Masculino	8	2,7 %	19	6,5 %	59	20,3 %	0	0 %	85	29,4 %
	Femenino	16	5,5 %	26	9 %	155	53,4 %	8	2,7 %	205	70,6 %
Total		24	8,2 %	45	15,5 %	214	73,7 %	8	2,7 %	290	100 %

Fuente: Propia del investigador

Según el sexo, la automedicación farmacológica se dio en mayor porcentaje en el sexo femenino (5,5%), según la medicación profesional en el sexo femenino (9%), según la medicación farmacológica en conjunto con la medicación tradicional se dio en mayor porcentaje en el sexo femenino (53,4%), no usaron ninguno (2,7%).

Gráfico N.º 9

Manejo del dolor dental, según sexo en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa–Chorrillos 2016.

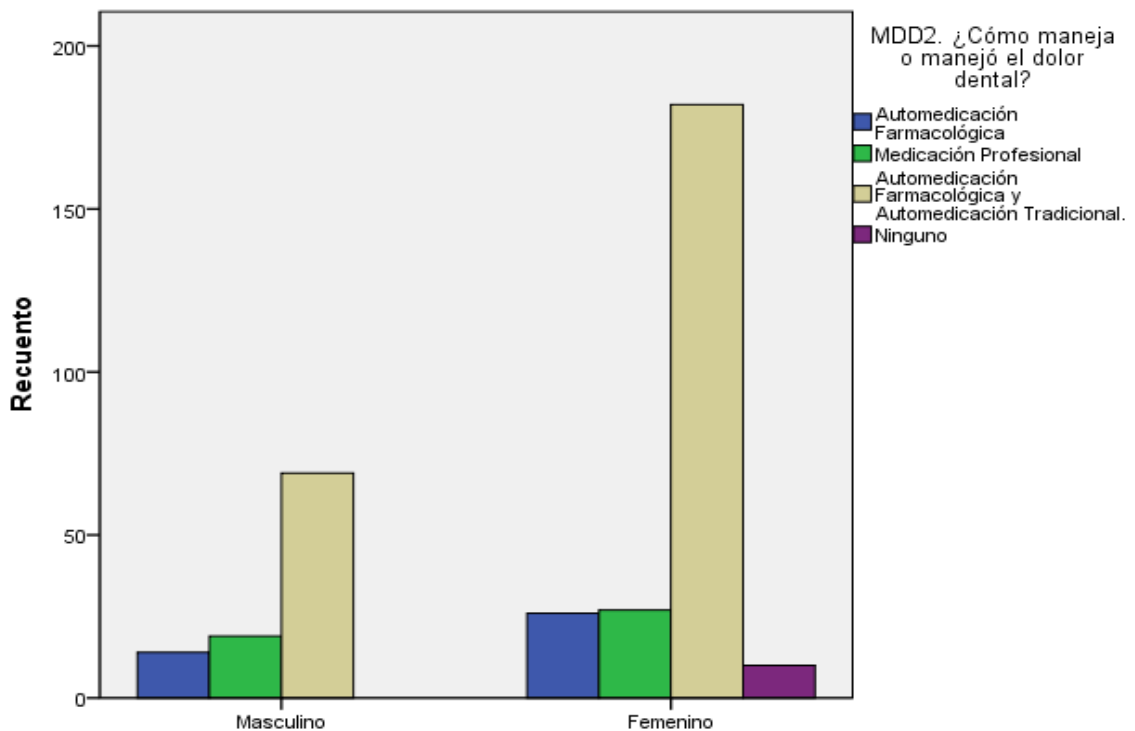


Tabla N.º 10

Manejo del dolor dental, según el nivel social en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa–Chorrillos 2016.

	Automedicación				Total		
	Automedicación farmacológica		Automedicación tradicional y farmacológica				
Nivel social	Muy bajo	45	15,4%	22	7,7%	67	23,1%
	Bajo	22	7,7%	45	15,4%	67	23,1%
	Medio	89	30,8%	0	0 %	89	30,8%
	Medio alto	45	15,4%	22	7,7%	67	23,1%
Total	201	69,2%	89	30,8%	290	100,0%	

Fuente: Propia del investigador

Según el manejo del dolor dental, se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel social medio (30,8%) y mayor porcentaje de automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional en el nivel social bajo (15,4%).

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel socioeconómico cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2=0,024$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel social.

Gráfico N.º 10

Manejo del dolor dental, según el nivel social en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa–Chorrillos 2016.

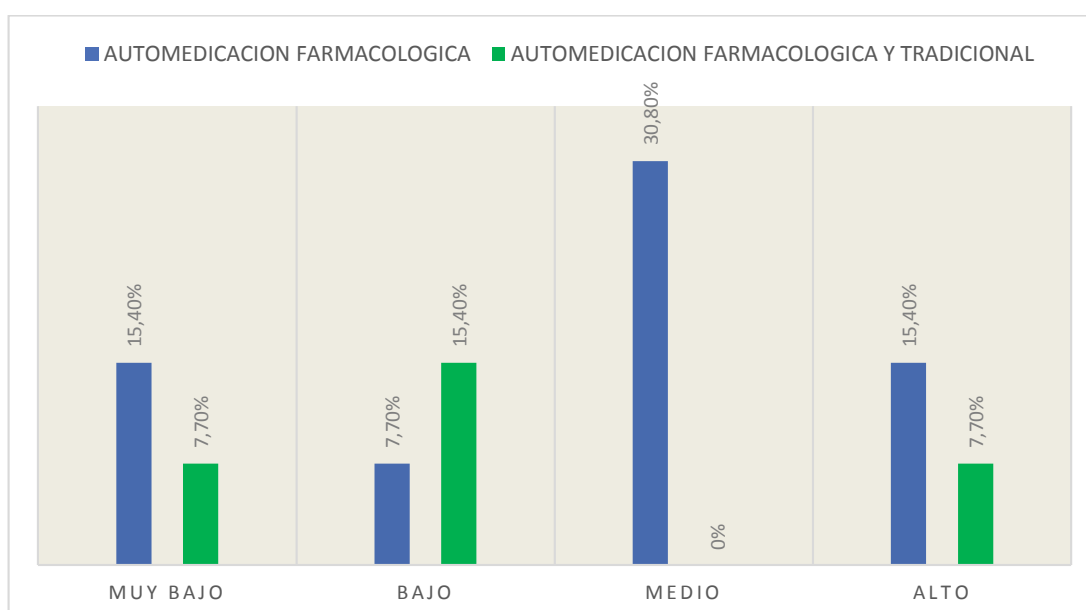


Tabla N.º 11

Manejo del dolor dental, según el nivel económico en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

		Automedicación				Total	
		Automedicación farmacológica		Automedicación tradicional y farmacológica			
Nivel económico	Muy bajo	45	15,4%	0	0 %	45	15,4%
	Bajo	11	38,5%	89	30,8%	200	69,2%
	Medio	45	15,4%	0	0 %	45	15,4%
Total		200	69,2%	90	30,8%	290	100,0%

Fuente: Propia del investigador

Según el manejo del dolor dental, se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel económico bajo (38.5%) y mayor porcentaje de automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional en el nivel económico bajo (30,8%).

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel económico a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2=0,028$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel económico.

Gráfico N.º 11

Manejo del dolor dental, según el nivel económico en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

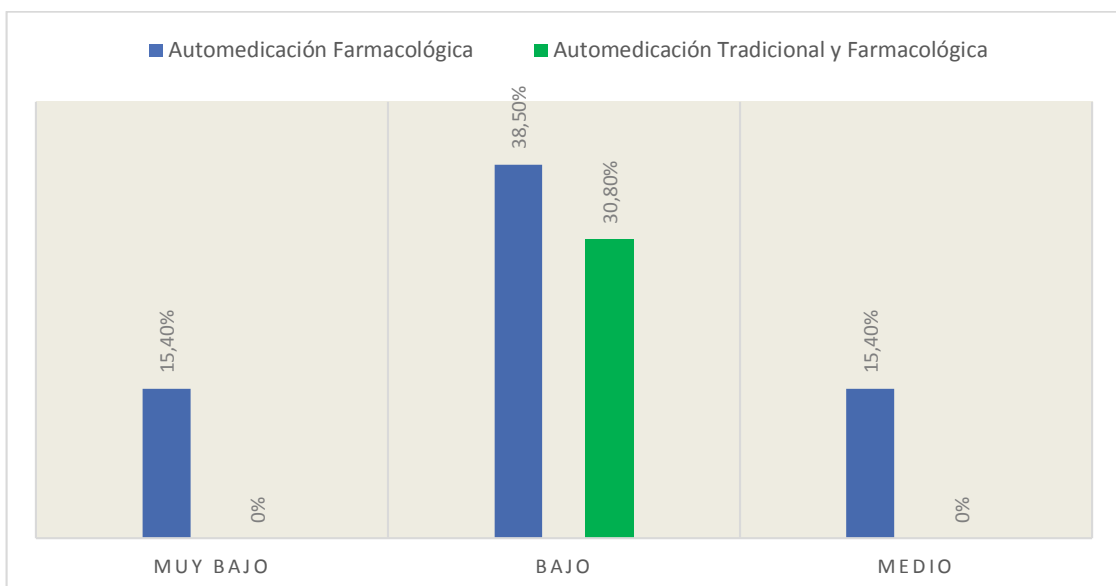


Tabla N.º 12

Manejo del dolor dental, según el nivel cultural en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.

		Automedicación		Total			
		Automedicación farmacológica	Automedicación tradicional y farmacológica				
Nivel cultural	Bajo	30,8%	90	7,7%	22	38,5%	11
	Medio	38,5%	11	7,7%	22	46,2%	134
	Medio alto	0 %	0	15,4%	44	15,4%	45
Total		69,2%	201	30,8%	89	100,0%	290

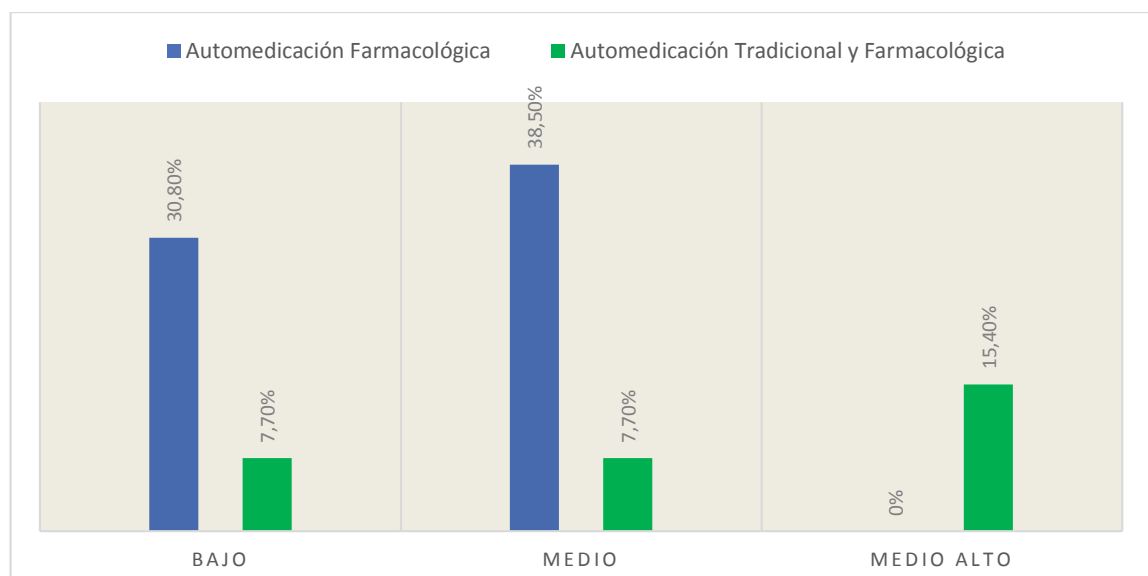
Fuente: Propia del investigador

Según el manejo del dolor dental, se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel cultural medio (38,5%) y mayor porcentaje de automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional en el nivel cultural medio alto (15,4%).

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2=0,070$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural.

Gráfico N.º 12

Manejo del dolor dental, según el nivel cultural en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico De Villa-Chorrillos 2016.



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

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	347	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	347	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N.º de elementos
,683	,404	45

Correlación:

Es la asociación de variables que deben tener una relación positiva según los resultados

Tabla de interpretación de coeficientes de correlación

VALOR	SIGNIFICADO
1.00	Perfecta correlación positiva
0.80	Correlación positiva muy fuerte
0.60	Fuerte correlación positiva
0.40	Moderada correlación positiva
0.20	Débil correlación positiva
0.00	Probablemente NO hay correlación
-0.20	Débil correlación negativa
-0.40	Moderada correlación negativa
-0.60	Fuerte correlación negativa
-0.80	Correlación negativa muy fuerte
-1.00	Perfecta correlación negativa

Asignación de puntajes para indicadores nivel socioeconómico-cultural

Nivel social: Puntajes internos para cada indicador

Principal actividad laboral	Puntaje
No trabaja	0
En el campo	1
Ama de casa	1
Negociante	2
Institución pública/ privada	3

Organizaciones sociales a las que pertenece	Puntaje
Ninguna	0
Clubes	1
Sindicatos	1
Grupo	1
Asociaciones	1

Actividades en su tiempo Libre	Puntaje
Ninguna	0
Duerme	0
Deportes	1
Ve tv, lee, Internet	2
Pasea con amigos	3

Nivel económico: Puntajes internos para cada indicador

Promedio de ingreso económico mensual **Puntaje**

No recibe ingresos	0
Menos de 500 soles	1
De 500 a 1000 soles	2
De 1001 a 1800 soles	3
Más de 1800 soles	4

Principal material de la Vivienda **Puntaje**

Estera	0
Piedra con barro	1
Adobe	2
Madera	3
Ladrillo-cemento	4

Pertenencia de la vivienda **Puntaje**

Familiar	0
Propia por invasión	1
Alquilada	2
Propia pagándose a plazos	3
Propia pagada	4

Servicios con los que cuenta la vivienda **Puntaje**

Agua	0
Desagüe	1
Luz	2
Cable	3
Internet	4

Nivel cultural: Puntajes internos de cada indicador

Idiomas que domina	Puntaje
Castellano	1
Quechua-castellano	2
Castellano-inglés	3
Castellano-inglés y otro	4

Grado de instrucción	Puntaje
Ninguno	0
Primaria	1
Secundaria	2
Superior técnico	3
Superior universitario	4

Medios de información	Puntaje
Amigos, vecinos	1
Tv, cable	2
Radio	2
Internet	3
Periódico	4

Preferencia de programas de TV	Puntaje
Dibujos animados	1
Novelas	2
Películas	2
Series	3
Noticias	4

Nivel socioeconómico-cultural: Puntajes obtenidos de sumar valores del nivel social, nivel económico y nivel cultural de cada individuo

Nivel socioeconómico-cultural					
CATEGORIA	NIVEL SOCIAL	NIVEL ECONÓMICO	NIVEL CULTURAL	SUMA DE PUNTAJES	RANGO DE PUNTAJE
Medio alto	12-15 pts	19-26 pts	12-16 pts	NS+NE+NC	42-57 Puntos
Medio	8-11 pts	13-18 pts	9-11pts	NS+NE+NC	29-41 Puntos
Bajo	4-7 pts	7-12 pts	6-8 pts	NS+NE+NC	16-28 Puntos
Muy bajo	0-3ptos	1-6 pts	3-5 pts	NS+NE+NC	04-15 Puntos

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

- Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe asociación con el nivel social ($X^2=0,024$), nivel económico ($X^2=0,028$) y el nivel cultural ($X^2=0,070$) en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa

5.4 Discusión

La automedicación es la forma indiscriminada y voluntaria mediante la cual las personas consumen medicamentos, hierbas y/o remedios caseros sin previa prescripción médica ya sea antes o durante el tratamiento, puede provocar daños leves hasta graves al organismo. La AU constituye una decisión del propio paciente a veces aconsejado por amigos o familiares u otro tipo de informaciones.¹⁴

La conducta principal de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica en combinación con la automedicación tradicional en un 73,6%, seguido por medicación profesional en un 15,5%, automedicación farmacológica en un 8,2% y no hicieron nada en un 2,7%.

Estos resultados contradice con los estudios realizados por:

Parí Espinoza; la conducta principal fue la automedicación farmacológica en un 42,3% y en menor porcentaje no realizaron ninguna conducta ante el dolor dental (1,6%).²

Becerra Gómez; La conducta más frecuente fue la automedicación farmacológica en un 47%.³

Aguedo del Castillo; se observó mayor predominancia de la automedicación farmacológica (64,61%) y en menor porcentaje la automedicación tradicional (11,68%).⁸

La automedicación, es una actitud cotidiana y habitual en la mayor parte de las personas, el uso irresponsable e inapropiado de medicamentos, hierbas y/o

remedios caseros para tratar de buscar alivio frente al dolor dental, sin que exista la debida supervisión de un profesional de salud, lo que puede ocasionar posibles daños y peligros a la vida, que en muchos casos son irreversibles y podrían conducir a la muerte. Los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa usaron en mayor porcentaje la combinación de automedicación tradicional y farmacológica a comparación de los otros estudios en que sólo usaron la automedicación farmacológica, esto se podría producir por el uso de uno de estos tipos de medicamentos, que podrían producir un alivio momentáneo, llevándolos a buscar otros métodos adicionales, como la automedicación tradicional.

Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, dentro de ellos los factores sociales; como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una opción como remedio de nuestros problemas de salud justificados por su propia experiencia, también contribuye la información fomentada por el desarrollo de nuevas tecnologías y sistemas de información, influencia informativa de la industria farmacéutica.¹⁴

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel social en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa a través de la prueba de Chi Cuadrado ($\chi^2=0,024$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel social, es así que se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel social medio (30,8%) y seguido por la automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional en el nivel social bajo (15,4%).

Estos resultados concuerda con los estudios realizados por:

Luza Yaranga; existe asociación entre los niveles sociales y el manejo del dolor dental ($\chi^2=0,000$), es así que el nivel muy bajo (36,9%) utilizaron automedicación tradicional en mayor porcentaje.⁷

Aguedo del Castillo; existe asociación significativa entre el nivel social y el manejo del dolor dental. Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el nivel social bajo (22,00%), mayor porcentaje para el uso de automedicación tradicional en el nivel social muy bajo (6,20%), mayor porcentaje para el uso de ambos tipos de automedicación en el nivel social bajo (8,60%).⁸

En el presente estudio, se demostró que hay una relación entre la automedicación y el nivel social, esto se debe que los medios de comunicación influyen en la toma de decisiones del consumo de un fármaco por voluntad propia. El aumento de la práctica de automedicación farmacológica en la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes y podría evitarse la mayoría de los riesgos y complicaciones que conlleva la automedicación farmacológica.

En el nivel económico la no disposición de recursos hace que los usuarios busquen una solución accesible para sus necesidades de salud, dentro de los factores económicos que influyen en la automedicación destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios

de salud lo cual se traduce en la falta de prescripción por un profesional capacitado. ¹⁷

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel económico en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa a través de la prueba de Chi Cuadrado ($\chi^2=0,028$), concluyéndose que existe asociación, es así que se encontró en el nivel económico bajo mayor porcentaje de automedicación farmacológica (38,5%) y de automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional (30,8%).

Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por:

Luza Yaranga; se encontró asociación entre los niveles económicos y el manejo del dolor dental ($\chi^2 =0,000$), es así que el nivel medio alto (50,0%) utilizaron la medicación profesional antes que la automedicación a diferencia del nivel bajo (34,4%) y muy bajo (33,3%) que utilizaron automedicación tradicional en mayores porcentajes.⁷

Aguedo del Castillo; se encontró diferencia significativa entre los niveles económicos y la automedicación, es así que el nivel bajo (38,14%) utilizó porcentualmente mayor automedicación que el nivel medio-alto (10,32%).⁸

Estos resultados nos indican que existe una relación significativa entre el nivel económico y la automedicación, esto se presenta, ya que los pobladores consideran innecesaria la asistencia médica para el tratamiento de dolencias menores, ya que cuentan con un bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios de salud.

Esto también se debe a que la población aún conserva sus costumbres, cultura, hábitos y que las plantas medicinales ofrecen precios extremadamente bajos con respecto al valor de productos farmacéuticos y son fáciles de adquirir, lo que facilita su consumo.

Dentro de los factores que conllevan a la automedicación se encuentra la cultura de las personas que responden a estímulos como la presión que ejercen grupos y/o familiares al consumo de medicamentos basados en su propia experiencia. Estas carencias causan que existan enunciados como "busca rápido alivio a esas molestias", los que tienen un papel decisivo en la decisión final del usuario.¹³

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa a través de la prueba de Chi Cuadrado ($\chi^2=0,070$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural. Según el manejo del dolor dental, se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel cultural medio (38,5%) y mayor porcentaje de automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional en el cultural medio alto (15,4%).

Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por:

Becerra Gómez; existe asociación entre los niveles culturales y el manejo del dolor dental ($\chi^2=0,000$), es así que el nivel bajo (35,8%) utilizaron automedicación tradicional en mayores porcentajes a diferencia del nivel medio alto donde utilizaron automedicación farmacológica (32,7%) y medicación profesional (23,1%).³

Luza Yaranga; existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural ($\chi^2=0,002$). Se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica (32,7%) y medicación profesional (23,1%) en el nivel cultural medio alto de los pobladores entrevistados. Se encontró mayor porcentaje de automedicación tradicional en el nivel cultural medio (32,9%) y bajo (35,8%).⁷

Aguedo del Castillo; que existe asociación significativa ($v=1$, $v >0.3$, $v=0$), se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el nivel económico bajo (25,77%). Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación tradicional en el nivel económico muy bajo (5,15%). Se encontró mayor porcentaje para el uso de ambos tipos de automedicación en el nivel económico medio (8,93%).⁸

Estos resultados nos indican que existe una relación significativa entre el nivel cultural y la automedicación, esto se presenta por la falta de conocimientos sobre educación sanitaria sobre medicamentos, por la influencia informativa de los medios de comunicación o información inadecuada para su nivel de educación y conocimientos.

Existe asociación entre el nivel socioeconómico-cultural y la automedicación en el dolor dental según edad y sexo en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa, se usó en mayor porcentaje la automedicación farmacológica en combinación con la tradicional, en los tres grupos etáreos, siendo el de mayor

porcentaje el del grupo de 18 a 30 años (26,2%), seguido por el de 30 a 45 años (24,8%) y mayor de 45 años (22,7%).¹⁵

Según el sexo, la automedicación farmacológica se dio en mayor porcentaje en el sexo femenino (5,5%), según la medicación profesional en el sexo femenino (9%), según la medicación farmacológica en conjunto con la medicación tradicional se dio en mayor porcentaje en el sexo femenino (53,4%), no usaron ninguno (2,7%).

Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por:

Luza Yaranga; existe relación entre automedicación tradicional y grupo étnico ($X^2=0,000$), existe asociación entre automedicación tradicional y sexo ($X^2=0,003$).⁷

Aguedo del Castillo; existe una baja asociación entre la edad y la actitud frente al dolor dentario, existe una baja asociación significativa entre el sexo y la actitud frente al dolor dentario, se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el rango de edad de menores de 30 años (29,00%). Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el sexo femenino (37,14%).⁸

Estos resultados contradice con los estudios realizados por:

Parí Espinoza; existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y la edad ($P=0,003$), no existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el género ($P=0,033$).²

Existe asociación entre el nivel socioeconómico-cultural y la automedicación en el dolor dental según edad y sexo, estos resultados podrían explicarse debido a

que las personas de 18-30 años se encuentran mayormente influenciadas por la presión de grupo y familiares. Los antecedentes refieren que existe una prevalencia del género femenino frente a la automedicación, esto se podría explicar debido a que la mujer al estar mayor tiempo en casa se encuentra influenciada por la presión de grupo, familiares y por medios de comunicación como la radio y la televisión que influyen en la toma de decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia.

CONCLUSIONES

- Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe asociación con el nivel social ($X^2=0,024$), nivel económico ($X^2=0,028$) y el nivel cultural ($X^2=0,070$) en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa
- Aproximadamente el 8,2% de la población prefiere manejar el dolor dental con automedicación farmacológica, un 15,5% medicación profesional, y un 73,6% manejó el dolor a través de la automedicación farmacológica en combinación con la automedicación tradicional, mientras que solo un 2,7% no hizo nada por controlar el dolor.
- Según el manejo del dolor dental, se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel social medio (30,8%) y mayor porcentaje de automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional en el nivel social bajo (15,4%). Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel socioeconómico cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2=0,024$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel social.
- Según el manejo del dolor dental, se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel económico bajo (38,5%) y mayor porcentaje de automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional en el nivel económico bajo (30,8%). Se evaluó la relación entre el

manejo del dolor dental y el nivel económico a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2=0,028$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel económico.

- Según el manejo del dolor dental, se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel cultural medio (38,5%) y mayor porcentaje de automedicación farmacológica junto con Automedicación Tradicional en el nivel cultural medio alto (15,4%). Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2=0,070$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural.
- Según la edad y el manejo del dolor dental, se usó en mayor porcentaje la automedicación farmacológica en combinación con la tradicional, en los tres grupos etáreos, siendo el de mayor porcentaje el del grupo de 18 a 30 años (26,2%), seguido por el de 30 a 45 años (24,8%) y mayor de 45 años (22,7%).
- Según el sexo, la automedicación farmacológica se dio en mayor porcentaje en el sexo femenino (5,5%), según la medicación profesional en el sexo femenino (9%), según la medicación farmacológica en conjunto con la medicación tradicional se dio en mayor porcentaje en el sexo femenino (53,4%), no usaron ninguno (2,7%).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda impulsar políticas públicas saludables y sensibilizarlos hacia las consecuencias que tienen sus decisiones sobre la salud.
- Se recomienda realizar charlas y concientizar a la población sobre la automedicación, los riesgos y complicaciones que conllevan, no solo para su salud, sino también, para su vida.
- Se sugiere realizar promoción de la salud bucal para que las personas incrementen el control sobre su salud y puedan mejorarla.
- Se sugiere Realizar un estudio sobre los efectos secundarios de los medicamentos utilizados tanto farmacológicos como Tradicionales.
- Se recomienda verificar la presencia de un profesional farmacéutico en las Farmacias y Boticas de la zona ya que este es el lugar donde los pobladores mayormente acuden frente al dolor dentario.
- Sugerir a la población de estudio la gestión de la ampliación de la cobertura de Atención Odontológica por parte del Ministerio de Salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Consorcio de Investigación Económica, Políticas de salud 2001-2006, Volumen 5: Diagnóstico y propuesta, Perú, 2006.
2. Parí Espinoza, R. Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Juliaca-Puno 2010. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima: UNMSM; 2011.
3. Becerra Gómez, J. Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural en pobladores del distrito de Pimentel, 2014. Tesis para optar el título de cirujano dentista en la Escuela de Odontología - Facultad de medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo: UCSTM; 2015.
4. Caqueo Tapia, V., Automedicación en adultos mayores con patologías crónicas, asistentes al Hospital Base de Osorno, Valdivia-Chile; 2007.
5. Espinoza, L.; AA.HH. Pacífico de Villa, Proyecto para el abastecimiento de agua. Chorrillos, Lima, Perú; 2015.
6. Orellana, A., Salazar, E. Manejo adecuado del dolor en cirugía bucal. Artículo científico. Volumen 51. N° 4. Lima: Home; 2013.
7. Luza Yaranga, L. Manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores en la zona urbana de la provincia de Huamanga-Ayacucho 2012. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. E.A.P de Odontología. Facultad de Odontología. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Publicada Programa Cybertesis Perú; 2012.

8. Aguedo Del Castillo, A. Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Independencia, Huaraz, 2007. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. E.A.P de Odontología. Facultad de Odontología. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Publicada Programa Cybertesis Perú; 2008.
9. Buchelli Ramírez, C. Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pacientes atendidos en la USEE-UNT, 2010. Tesis de Estomatología. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2011.
10. Carrión Arteaga, C. Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Cachicadan - La Libertad 2013. Tesis para optar el título profesional de: Cirujano Dentista, en la Escuela Profesional de Estomatología. Facultad de Medicina Humana. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
11. Agudelo, A., Isaza, L., Bustamente, D., Martínez, Carlos, Martínez, Cecilia. Perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de población desplazada y destechada. Rev. CES Odont. 21(2) 17-24. Colombia: Antioquía; 2008.
12. Trujillo, P. Terapéutica alternativa para controlar el dolor dental en pacientes de 30 a 50 años, en la población rural de Cocotog, Parroquia Zambiza, Proyecto previo a la obtención del título de Odontólogo. Unidad de investigación y titulación de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Cantón, Quito: Universidad Central del Ecuador; 2015.
13. Vera Romero, O.; Rodas Regalado, C.; Falla Aldana, B. La Automedicación: una problemática nacional y regional que se debe prevenir. Rev. Cuerpo méd.

- HNAAA 4(2). Lambayeque: Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2011.
14. Montalvo, J. Factores asociados a la automedicación en la población urbano-marginal del Distrito de Chiclayo. Tesis (Médico Cirujano). Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo; 1999.
 15. Núñez Acevedo. Manejo del dolor dentario de los pobladores de la zona rural y urbana del distrito de Otuzco, La Libertad año 2002. Tesis Bachiller Odontología. Lima: UNMSM; 2002.
 16. Zatzick, D. et al. Cultural variations in response to painful stimuli. . New York: Psychosom Med; 1990.
 17. Asociación Argentina de Marketing. Índice de nivel socio económico argentino. Argentina; 1998.
 18. Palacios, E.; Sáenz, L.; Rondón, Q. Dolor en estomatología. 1a. ed. Lima: San Marcos; 1998. x
 19. Clancy, J. et al. Neurofisiología de dolor. New York: Theatre Nurs; 1998.
 20. Cawson, R.; Odell, E. Fundamentos de medicina y patología oral, 8va ed., Barcelona-España; 2009.
 21. Guyton, A. C.; Hall, J.A. Tratado de fisiología médica. 10a. ed. Bogotá: McGraw-Hill; 2001.
 22. Hoffert, M. J. The Neurophysiology of Pain. New York: Neurol Clin; 1989.
 23. Wall, P.; Mellzack B. Tratado del dolor. 5ta. ed., Barcelona-España; 2009.
 24. Hernán, G.; Montañez L. Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima – Perú; 2008.
 25. El ergonomista. Definición de Conducta. consulta en línea febrero 2009. <http://www.elergonomista.com/biologia/conducta.htm>.

26. Lavielle, Pilar. et al. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. Rev. Salud Pública de México/vol.50, no.2. México: Salud pública; 2008.
27. Wirtz, V. J.; Dreser, A.; Leyva, R. El debate sobre la automedicación. México: Salud pública; 2009.
28. Laporte, J.R.; Automedicación: la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo. Barcelona: Medicina Clínica; 1997.
29. Organización Mundial de la Salud. El rol de los farmacéuticos en el autocuidado y la automedicación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998. En <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.3.html#Jwhozip32e.3.3>.
30. Nebot, R. y Llauger, G. Estudio del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. Lima: Revista Médica Herediana; 1992.
31. Dawson, Taylor y Reide. Lo esencial en farmacología, 2a. ed. Inglaterra, Mosby; 2003.
32. Alvarado, J. Antibióticos y Quimioterápicos, 1a. ed. Lima: Apuntes Médicos del Perú; 1999.
33. Cardona, F., Carbonelle, Lloria, E. Terapéutica antimicrobiana en Odontoestomatología. Madrid: IM Y C editores; 1996.
34. López, R. Morbilidad y medicamentos en Perú y Bolivia. Lima: San Marcos; 1990.
35. Vera Romero, O.; Urcia Pelaez, J.M., Falla Aldana, B.; Díaz Vélez, C. La automedicación en los estudiantes de la Universidad Pública del Departamento de Lambayeque durante el periodo Noviembre 2010-Mayo 2011. En: XV Congreso Científico Nacional de Estudiantes de Medicina.

- Cusco-Perú. 02 al 06 de Agosto 2011. Lima: Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana; 2011.
36. Organización Mundial de la Salud. Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington, DC: Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS); 1999.
37. Valdivia, F. et al. Uso de la medicina tradicional en diabetes mellitus no insulino dependiente. Lima: AnFacMed.; 1996.
38. Elementos, recursos y organización de la medicina indígena tradicional, disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/041874/modulo1-2.pdf>
39. Mejía, K., Rengifo, E. Plantas Medicinales de uso popular en la Amazonía Peruana. Lima: AECI; 2000.
40. Waizel, B. J., Martínez, R. Plantas empleadas en odontalgias I. Rev. ADM; Vol. LXIV, No. 5. Septiembre-Octubre; 2007.
41. Floripe Fajardo et al. Plantas que curan, salud plantas medicinales. 1a. ed. Managua: Imprimatur; 1998.
42. Cowan, M. Plant Products as Antimicrobial Agents. ClinMicrobiolRev; 1999.
43. Brack Egg, A. Diccionario enciclopédico de plantas útiles en el Perú. Cuzco: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 1999.
44. Díaz, R.M. et al. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Revista ADM Vol. LVIII, No. 2; Marzo-Abril 2001.

45. Manau Navarro, Serra Majem. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3a. ed. Barcelona: Masson editores; 1999.
46. Birch, S. Market forces and market failure in the general dental service. The efficiency and equity implications of manpower redistribution. Community Dent Health; 1988.
47. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa. 2001.
48. Arroyo, J. El proceso del sector salud 1990-1995: colapso operativo y reforma sanitaria silenciosa. Lima: AnFacMed.; 1996.
49. Hilas, E. Concepciones de salud, predominantes en comunidades rurales dispersas. Cuba: Rev. Cubana Estomatol; 2004.
50. Schwarz, E. Changes in utilization and cost sharing within the Danish National Health Insurance dental program 1975. Washington: ActaOdontolScand; 1996.
51. Lara, N. et al. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuca. Revista ADM. Vol. No. 2. Distrito Federal, México: Rodo; 2000.
52. Grupo de cartografía y sistema de información geográfica (SIG); Dirección de estadísticas sociales-Asentamientos humanos urbanos y rurales concentrados; Cuba, 2006.
53. Elena, A.; Personas sin hogar y exclusión social, Trabajo fin de máster; Madrid, 2014.

ANEXOS

Anexo N.º 1: Solicitud de carta de resolución



Pueblo Libre, 03 de Mayo del 2017

Sra CLELIA BUENO FLORES
Presidenta de la asociación del Asentamiento Humano Pacifico de Villa

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada HUAMÁN TORRES, CINTHYA ELIZABET, con código 2008200355, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en la el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN EN EL DOLOR DENTAL EN LOS POBLADORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PACÍFICO DE VILLA – CHORRILLOS 2016"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Anexo N.º 2: Carta de resolución aceptada

Chorrillos, 04 de Mayo del 2017

DRA. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA

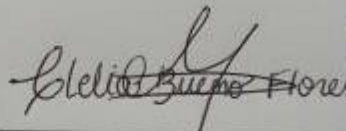
Directora de la Escuela Profesional de Estomatología

Yo, CLELIA BUENO FLORES, presidenta de asociación civil del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos; a través de esta carta, quiero dar mi consentimiento a la egresada de la Escuela Profesional de Estomatología – Facultad de Medicina humana y Ciencias de la Salud – Universidad Alas Peruanas HUAMÁN TORRES, CINTHYA ELIZABET, para recabar la información para el trabajo de investigación (tesis), en el Asentamiento Humano Pacífico de Villa del distrito de Chorrillos.

TÍTULO: "NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN EN EL DOLOR DENTAL EN LOS POBLADORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO PACÍFICO DE VILLA-CHORRILLOS 2016".

Sin otro parecer, me despido.

Atentamente,



**PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN
CLELIA BUENO FLORES**

DNI: 20704807

Anexo N.º 3: Consentimiento informado



Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Estomatología

A través del presente documento, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: Nivel socioeconómico cultural y su relación con el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacifico de Villa – Chorrillos 2016.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos y teniendo la confianza de que la información recogida en el instrumento, será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además confío que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Fecha:

Firma

DNI:

Anexo N.º 4: Instrumento de recolección de datos



Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Estomatología

Datos de filiación

Edad:... Sexo: Masculino () Femenino ()

Datos del nivel socioeconómico-cultural:

1.1. Nivel social

1. ¿Dónde realiza Ud. su principal actividad laboral? (solo una alternativa)
 - a) En una Institución Pública o Privada ()
 - b) En el campo () c) Ama de casa ()
 - c) Negociante () e) No trabaja ()
2. ¿A qué organizaciones Ud. Pertenece? (Varias alternativas)
 - a) Asociaciones () b) Clubes () c) Sindicatos ()
 - d) Grupo () e) Ninguno ()
3. ¿Qué actividad realiza Ud. con más frecuencia en su tiempo libre?
(Varias alternativas)
 - a) Pasea con amigos () b) Duerme ()
 - c) Deportes () d) Ve TV, lee, Internet ()
 - e) Ninguno ()

1.2. Nivel económico

1. Promedio de Ingreso mensual: (solo una alternativa)
 - a) No recibe ingresos () b) Menos de 500 soles ()
 - b) De 500 a 1000 soles () d) De 1001 a 1800 soles ()
 - e) Mayor de 1800 soles ()

2. Principal material de la vivienda: (solo una alternativa)
 - a) Estera ()
 - b) Piedra con barro ()
 - c) Adobe ()
 - d) Madera ()
 - e) Ladrillo-cemento ()
3. Pertenencia de la vivienda
 - a) Familiar ()
 - b) Propia por invasión ()
 - c) Alquilada ()
 - d) Propia pagándose a plazos ()
 - e) Propia pagada ()
4. Servicios con los que cuenta la vivienda (Varias alternativas)
 - a) Luz ()
 - b) Agua ()
 - c) Desagüe ()
 - d) Cable ()
 - e) Internet ()

1.3. Nivel cultural

1. ¿Qué idiomas domina? (solo una alternativa)
 - a) Castellano ()
 - b) Quechua-Castellano ()
 - c) Castellano-Ingles ()
 - d) Castellano-Ingles y otro ()
2. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que usted culminó? (solo una alternativa)
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Superior Técnico ()
 - d) Superior Universitario ()
 - e) Ninguno ()
3. ¿A través de que medio Ud. se mantiene informado? (varias alternativas)
 - a) Amigos, vecinos ()
 - b) TV, cable ()
 - c) Radio ()
 - d) Internet ()
 - e) Periódico ()
4. ¿Qué tipo de programa prefiere en la TV? (solo una alternativa)
 - a) Dibujos animados ()
 - b) Novelas ()
 - c) Películas ()
 - d) Series ()
 - e) Noticias ()

1.4. Datos del manejo del dolor dental:

1. ¿Ha padecido de “dolor de muela”?

Si () No ()
2. ¿Cómo maneja o manejó el dolor dental?
 - a) Automedicación Farmacológica ()
 - b) Automedicación Tradicional ()

- c) Medicación Profesional ()
- d) Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional ()
- e) Ninguno ()
3. En caso de automedicación con fármacos ¿Qué fármaco(s) utiliza para el manejo del dolor?
- a) Antiinflamatorios:
- b) Antibióticos:
- c) Analgésicos:
- d) No recuerda
4. En caso de automedicación tradicional, ¿Que medicamentos utiliza para el manejo del dolor?
- a) Vegetal:
- b) Animal;.....
- c) Mineral:.....
- d) Emplastos o preparados.....
- e) No recuerda:
5. ¿Quién es la persona que le aconsejó la adquisición del Medicamento que tomó?
- a) Padres () b) Familiares () c) Amigos ()
- d) Farmacéutico () e) Por decisión propia ()
6. ¿Fue efectivo el tipo de medicación que tomó?
- a) Calmó al instante (10 minutos) ()
- b) En corto tiempo (30 minutos) ()
- c) Largo tiempo (1 hora) ()
- d) No calmó ()
7. ¿Dónde consiguió la medicina que tomó?
- a) Farmacia () b) Bodega () c) Botiquín familiar ()
- d) Familiares o amigos () e) Otros ()

Manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores en la zona urbana de la provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.
 TESIS Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista
 AUTOR Lía Félida Luza Yaranga

Anexo N.º 5: Asignación de puntajes para indicadores nivel socioeconómico-cultural

Nivel social: Puntajes internos para cada indicador

Principal actividad laboral	Puntaje
No trabaja	0
En el campo	1
Ama de casa	1
Negociante	2
Institución pública/ privada	3

Organizaciones sociales a las que pertenece	Puntaje
Ninguna	0
Clubes	1
Sindicatos	1
Grupo	1
Asociaciones	1

Actividades en su tiempo Libre	Puntaje
Ninguna	0
Duerme	0
Deportes	1
Ve tv, lee, Internet	2
Pasea con amigos	3

Nivel económico: Puntajes internos para cada indicador

Promedio de ingreso económico mensual	Puntaje
No recibe ingresos	0
Menos de 500 soles	1
De 500 a 1000 soles	2
De 1001 a 1800 soles	3
Más de 1800 soles	4

Principal material de la Vivienda	Puntaje
Estera	0
Piedra con barro	1
Adobe	2
Madera	3
Ladrillo-cemento	4

Pertenencia de la vivienda	Puntaje
Familiar	0
Propia por invasión	1
Alquilada	2
Propia pagándose a plazos	3
Propia pagada	4

Servicios con los que cuenta la vivienda	Puntaje
Agua	0
Desagüe	1
Luz	2
Cable	3
Internet	4

Nivel cultural: Puntajes internos de cada indicador

Idiomas que domina	Puntaje
Castellano	1
Quechua-castellano	2
Castellano-inglés	3
Castellano-inglés y otro	4

Grado de instrucción	Puntaje
Ninguno	0
Primaria	1
Secundaria	2
Superior técnico	3
Superior universitario	4

Medios de información	Puntaje
Amigos, vecinos	1
Tv, cable	2
Radio	2
Internet	3
Periódico	4

Preferencia de programas de TV	Puntaje
Dibujos animados	1
Novelas	2
Películas	2
Series	3
Noticias	4

Nivel socioeconómico-cultural: Puntajes obtenidos de sumar valores del nivel social, nivel económico y nivel cultural de cada individuo

Nivel socioeconómico-cultural					
CATEGORIA	NIVEL SOCIAL	NIVEL ECONÓMICO	NIVEL CULTURAL	SUMA DE PUNTAJES	RANGO DE PUNTAJE
Medio alto	12-15 ptos	19-26 ptos	12-16 ptos	NS+NE+NC	42-57 Puntos
Medio	8-11 ptos	13-18 ptos	9-11ptos	NS+NE+NC	29-41 Puntos
Bajo	4-7 ptos	7-12 ptos	6-8 ptos	NS+NE+NC	16-28 Puntos
Muy bajo	0-3ptos	1-6 ptos	3-5 ptos	NS+NE+NC	04-15 Puntos

Anexo N.º 7. Fotos de la investigación



Foto N° 1: La asociación civil asentamiento humano permanente Pacífico de Villa del distrito de Chorrillos.



Foto N° 2: Recolección de datos en el Asentamiento Humano Pacífico de Villa del distrito de Chorrillos.



Foto N° 3: Entrevista a poblador del Asentamiento Humano Pacífico de Villa del distrito de Chorrillos.



Foto N° 4: Entrevista a poblador del Asentamiento Humano Pacífico de Villa del distrito de Chorrillos

Anexo N.º 6: Matriz de consistencia

Título: Nivel socioeconómico-cultural y su relación con el manejo del dolor dental de pobladores del Asentamiento Humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología	Población
<p>Principal</p> <p>- ¿Cómo se relaciona el nivel socioeconómico-cultural con la automedicación en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016?</p>	<p>Principal</p> <p>- Identificar el nivel socioeconómico-cultural en relación con la automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.</p> <p>Secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la relación entre el nivel social y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016. - Determinar la relación entre el nivel económico y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del Asentamiento Humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016. - Determinar la relación entre el nivel cultural y el tipo de automedicación para el manejo del dolor dental en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016. - Determinar los tipos de automedicación usados en el manejo del dolor dental según edad y sexo en los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016. 	<p>H₀: El nivel socio económico-cultural presenta relación con la automedicación farmacológica en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.</p> <p>H₁: El nivel socio económico-cultural no presenta relación con la automedicación farmacológica en el manejo del dolor dental de los pobladores del asentamiento humano Pacífico de Villa-Chorrillos 2016.</p>	<p>V. Independiente (X)</p> <p>Nivel socio económico cultural</p> <p>V. Dependiente (Y)</p> <p>Manejo del dolor dental</p>	<p>X1. Nivel social</p> <p>X2. Nivel económico</p> <p>X3. Nivel cultural</p> <p>Y1. Tipos de automedicación</p> <p>Y2. Características de la automedicación</p>	<p>Tipo</p> <p>Cualitativa</p> <p>Diseño</p> <p>Descriptivo correlacional Transversal</p>	<p>La población estará conformada por 3600 habitantes</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra será de 347 habitantes.</p>

