



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

TESIS

CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL  
NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS ALUMNOS DEL NIVEL  
SECUNDARIO DEL COLEGIO PERUANO-SUIZO “ALFRED  
WERNER”. JOSÈ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO. AREQUIPA –  
2017

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER GABRIELA ANDREA RECOBA VALENCIA

ASESOR:

MG. WILBERT JUAN CALIZAYA CHIRI

AREQUIPA, PERÚ

JULIO 2018

## DEDICATORIA

*A Dios, por haberme permitido llegar a este momento tan especial en mi vida, por su infinito amor y bondad y por ser mi guía y fortaleza.*

*A mis padres Elia y José Luis, quienes con su apoyo incondicional, amor, esfuerzo y paciencia me ayudaron a crecer como persona, y por quienes hoy logre culminar esta etapa de mi vida.*

*A mis hermanos José Cristian y Alejandro por su apoyo, cariño, compañía y ayuda constante.*

*A mi novio Christian por su apoyo, amor, comprensión, compañía y por ayudarme a continuar y nunca rendirme.*

*Gabriela Andrea*

## **AGRADECIMIENTO**

*Al Dr. Calizaya, por ser un espléndido asesor y una magnífica persona. Por su apoyo, paciencia y perseverancia incondicional en la elaboración de esta tesis, por su tiempo y ganas de ayudarnos en todo momento.*

*A los pacientes, alumnos y docentes de la Clínica de la Universidad Alas Peruanas, por permitirme recorrer este camino y continuar con mi vida profesional.*

*A la Universidad Alas Peruanas, por abrirme sus puertas y darme esta oportunidad de triunfar en la vida.*

*Al Doctor Huber Salinas por velar por el bienestar de la Escuela Profesional de Estomatología y hacer que esta sea cada día mejor, conjuntamente con todos los docentes que contribuyeron a mi formación universitaria.*

*A mis tíos: Víctor y José Luis por su apoyo, paciencia y ayuda incondicionales.*

*A los representantes, a la directora, directores, alumnos y personal administrativo del colegio Peruano-Suizo "Alfred Werner" donde realice mis estudios de educación secundaria, por permitirme realizar el estudio dentro de sus instalaciones y por el apoyo brindado durante la realización del mismo.*

*Gabriela Andrea*

## RESUMEN

El presente estudio referente a la conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico, es de tipo no experimental, transversal y correlacional. Tiene como objetivo determinar la relación de la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo "Alfred Werner". José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017. La muestra estuvo conformada por 104 estudiantes de nivel secundario. Se utilizó la técnica de la encuesta y el cuestionario como instrumento de recolección de información, el que fue sistematizado estadísticamente.

Los hallazgos de la investigación muestran que la conducta ante el dolor dental de los estudiantes es expectante y el manejo es mediante automedicación y el uso de medicinas alternativas; el nivel socioeconómico está determinado como el nivel socioeconómico C. Se concluye que la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo "Alfred Werner". José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017, presenta una relación positiva.

**Palabras Claves:** conducta, dolor, dental, socioeconómico

## ABSTRACT

The present study regarding dental pain behavior and its relationship with the socioeconomic level is of a non-experimental, transversal and correlational type. Its objective is to determine the relationship of the behavior to dental pain and the socioeconomic level of the students of the secondary level of the Peruvian-Swiss School "Alfred Werner". José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa - 2017. The sample consisted of 104 high school students. The survey technique and the questionnaire were used as an information collection instrument, which was statistically systematized.

The research findings show that students' dental pain behavior is expectant and management is through self-medication and the use of alternative medicines; the socio-economic level is determined as the socio-economic level C. It is concluded that the behavior before the dental pain and the socioeconomic level of the students of the secondary level of the Peruvian-Swiss School "Alfred Werner". José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa - 2017, presents a positive relationship.

**Key words:** behavior, pain, dental, socioeconomic

## INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

INDICE

INDICE DE TABLAS

INDICE DE GRAFICOS

INTRODUCCION

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....14

1.1. Descripción de la Realidad Problemática. ....14

1.2. Formulación del problema.....14

1.3. Objetivos de la investigación.....15

1.4. Justificación de la investigación.....15

1.4.1. Importancia de la investigación.....16

1.4.2. Viabilidad de la investigación.....16

1.5. Limitaciones del estudio.....17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....18

2.1. Antecedentes de la investigación.....18

2.2. Bases Teóricas. ....21

2.2.1. Conducta ante el dolor dental.....21

2.2.1.1. Conceptualización .....21

2.2.1.2. El dolor dental.....23

2.2.1.3. Dimensiones de la conducta ante el dolor. ....32

2.2.2. Nivel socioeconómico.....38

2.2.2.1. Conceptualización .....38

2.2.2.2. Dimensiones del nivel socioeconómico.....38

2.3. Definición de términos básicos.....	41
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas.....	43
3.2. Variables definición conceptual y operacional. ....	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	46
4.1. Diseño metodológico.....	46
4.2. Diseño muestral.....	47
4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos. ....	48
4.4. Técnicas de procesamiento de la información.....	49
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	49
CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	50
5.1. Análisis de los resultados.....	50
5.2. Análisis de Chi-cuadrado de Pearson.....	86
5.3. Comprobación de hipótesis.....	86
5.4. Discusión.....	87
CONCLUSIONES.....	89
RECOMENDACIONES.....	91
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	92
ANEXOS.....	95
Anexo 1: Acuerdo de Consentimiento Informado.....	95
Anexo 2: Matriz de consistencia.....	97
Anexo 3: Instrumento de actitud ante el dolor.....	98
Anexo 4: Instrumento de nivel socioeconómico .....	100

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner por edad.....	45
Tabla N°2 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner por sexo.....	47
Tabla N°3 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner por presencia de dolor dental.....	49
Tabla N°4 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según frecuencia con la que asiste a consulta odontológica.....	51
Tabla N°5 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según frecuencia con la que asiste a consulta odontológica ante dolor dental.....	53
Tabla N°6 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según situaciones por las que asistió a consulta odontológica .....	55
Tabla N°7 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según frecuencia con la que se automedica.....	57
Tabla N°8 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según cuando se automedica.....	59
Tabla N°9 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner actitud ante la persistencia del dolor.....	61
Tabla N°10 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner cuando opta por medicina alternativa.....	63
Tabla N°11 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner frecuencia de tratamiento con medicina alternativa, si no calma el dolor.....	65
Tabla N°12 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner comportamiento ante la persistencia del dolor.....	67
Tabla N°13 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner uso para calmar el dolor.....	69
Tabla N°14 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner ocupación laboral del jefe del hogar.....	71
Tabla N°15 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner condición de la vivienda.....	73
Tabla N°16 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner grado de instrucción del jefe de hogar.....	75



Tabla N°17 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner posesión de bienes.....	77
Tabla N°18 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner nivel socioeconómico final.....	79
Tabla N°19 Prueba Chi-cuadrado entre las variables Conducta ante el dolor dental – Nivel Socioeconómico.....	81

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner por edad.....	46
Gráfico N°2 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner por sexo.....	48
Gráfico N°3 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner por presencia de dolor dental.....	50
Gráfico N°4 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según frecuencia con la que asiste a consulta odontológica.....	52
Gráfico N°5 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según frecuencia con la que asiste a consulta odontológica ante dolor dental.....	54
Gráfico N°6 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según situaciones por la que asistió a consulta odontológica.....	56
Gráfico N°7 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según frecuencia con la que se automedica.....	58
Gráfico N°8 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner según cuando se automedica.....	60
Gráfico N°9 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner actitud ante la persistencia del dolor.....	62
Gráfico N°10 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner cuando opta por medicina alternativa.....	64
Gráfico N°11 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner frecuencia de tratamiento con medicina alternativa, si no calma el dolor.....	66
Gráfico N°12 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner comportamiento ante la persistencia del dolor.....	68
Gráfico N°13 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner uso para calmar el dolor.....	70
Gráfico N°14 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner ocupación laboral del jefe del hogar.....	72
Gráfico N°15 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner condición de la vivienda.....	74
Gráfico N°16 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner grado de instrucción del jefe de hogar.....	76

Gráfico N°17 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner posesión de bienes.....78

Gráfico N°18 Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner nivel socioeconómico final.....80

## INTRODUCCIÓN

El dolor debe ser un tema ampliamente dominado por cualquier profesional de la salud, en especial por el odontólogo y el médico ya que prescribimos fármacos de esta índole como son los AINES, analgésicos narcóticos, entre otros; sin embargo, es muy importante elegir el fármaco que cumpla con dicha acción de acuerdo a la situación que se presente y que provoquen la menor cantidad de efectos secundarios posibles. (4)

El dolor es subjetivo, esto indica que cada paciente lo percibe de diferentes formas, lo cual complica al momento de elegir el fármaco adecuado, ya que lo que para un paciente puede ser leve para otro puede ser agudo; así mismo se tiene algunas alternativas para tratar el dolor no necesariamente unidas a un fármaco y de un coste mucho más asequibles en algunos casos a la realidad socio económica de cada persona (4).

Hay que tener en cuenta las costumbres que tiene la población para controlar el dolor, los diversos factores que condicionan su conducta para no acudir a una consulta odontológica; el nivel socioeconómico, la facilidad y el acceso para el manejo del dolor con sustancias naturales y farmacológicas de venta libre.

Es importante tener en cuenta que los alumnos al ser menores de edad, son quienes van a manifestar el dolor, pero los padres y/o apoderados son quienes van a tomar conductas frente a este en la parte socioeconómica referente a las conductas que vemos reflejadas en los alumnos, dichas conductas pueden ser: automedicación, uso de medicina tradicional o asistir a consulta odontológica.

El presente informe se ha organizado en cinco capítulos:

El Capítulo I, planteamiento del problema, descripción de la realidad problemática, se presenta la Formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación de la investigación, importancia, Viabilidad de la investigación y Limitaciones del estudio.

El Capítulo II, marco teórico, muestra los antecedentes de la investigación, las bases teóricas referente a la conducta ante el dolor dental, el nivel socioeconómico y definición de términos.

El Capítulo III, hipótesis y variables de la investigación, presenta la formulación de hipótesis, las variables de estudio, definición conceptual y operacional de las mismas.

El Capítulo IV, metodología, da a conocer el diseño metodológico, el diseño muestral, las técnicas de recolección de datos, las técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.

El Capítulo V, análisis de los resultados, muestra el análisis descriptivo de los resultados, la comprobación de la hipótesis técnica.

Finalmente se presenta las conclusiones, recomendaciones, fuentes de información y anexos con su matriz de consistencia e instrumentos.

# **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1. Descripción de la Realidad Problemática.**

En la actualidad el dolor es el síntoma que con mayor frecuencia lleva al paciente a buscar tratamiento odontológico para su alivio. En general los pacientes toman diferentes conductas para controlar el dolor dental en lugar de acudir al especialista, una de las conductas más comunes es la automedicación, esto debido a que en la actualidad se tiene mayor acceso y facilidad a fármacos o sustancias naturales por sus propiedades curativas. En la mayoría de los casos las personas no le dan la importancia adecuada al dolor a menos que venga acompañado de manifestaciones clínicas como inflamación, abscesos y presencia de pus.

Los alumnos van a ser quienes reflejan las conductas de los padres y/o apoderados frente al dolor dental, pues son ellos quienes van a transmitir la presencia del dolor, siendo los padres y/o apoderados quienes toman las decisiones para paliar el mismo.

Se observa que la automedicación es un problema frecuente en la sociedad, ya que puede ocasionar riesgos y complicaciones en la salud personal, en las familias y la salud de la población.

Según estudios del MINSA la prevalencia de automedicación en el Perú es del 55% aproximadamente.

El nivel socioeconómico es un factor que influye en la conducta ante el dolor dental debido a que este permitirá un mayor acceso a servicios odontológicos y un mayor conocimiento sobre la importancia de la salud oral.<sup>1</sup>

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación de la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017?

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

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación de la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”.  
José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a. Identificar la conducta ante el dolor dental de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”.
- b. Identificar el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”.

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

Por lo general, el individuo que padece dolor dental debería acudir a la consulta profesional; sin embargo, la gran mayoría no lo hace, probablemente sea por el costo que implica la atención, por la carencia de tiempo u otras razones, llevándolos a utilizar diversos medicamentos que son recomendados por familiares, amigos, vecinos e incluso en las mismas farmacias, donde al margen de lograr eficacia directa al motivo del dolor ocasiona complicaciones donde se ven enmascaradas las patologías reales que padece el paciente.

Existen estudios que demuestran su relación con las condiciones económicas, la influencia de la publicidad farmacéutica en los diferentes medios de comunicación y el fácil acceso para adquirir analgésicos.

Es importante para el odontólogo conocer acerca de costumbres que tiene la población para controlar el dolor, los diversos factores que condicionan la conducta para no acudir a una consulta odontológica; el nivel socioeconómico, la facilidad y el acceso para el manejo del dolor con sustancias naturales y farmacológicas de venta libre; la falta de información y promoción de campañas de salud bucal en el Distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

La investigación, pretende ayudar a los padres de los alumnos del colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner” a tomar conciencia sobre los riesgos que implica el ingerir algún medicamento sin ser prescrito por un profesional, también de la importancia

de asistir a una consulta profesional tomando con seriedad la alerta del dolor consecuentemente ayudando a que poco a poco se vaya erradicando la automedicación que es tan común en nuestro medio, mediante charlas, compañías preventivo promocionales, propagandas, etc.

El presente estudio se considera relevante y viable de realizar por contar con los recursos necesarios para su desarrollo.

#### **1.4.1. Importancia de la investigación**

El presente estudio es importante en el sentido que se atiende a una realidad: el dolor dental y a la influencia del nivel socioeconómico sobre la conducta de los pacientes.

#### **1.4.2. Viabilidad de la investigación**

El estudio de investigación realizado en la Institución educativa Alfred Werner es viable pues se contó con los recursos necesarios:

##### A. Recursos Humanos:

Investigador: Gabriela Andrea Recoba Valencia

Asesor: Wilbert Juan Calizaya Chiri

##### B. Recursos Financieros:

Presupuesto para cuestionarios y copias

Presupuesto para recolección de información en campo

##### C. Recursos Materiales:

Papel Bond.

Tinta.

Carta solicitando autorización a directora del colegio.

##### D. Comunicaciones:



IPhone plus 32Gb

Chip línea Claro

E. Procesamiento de datos:

Laptop Lenovo Z40 procesador i5, 6Gb de ram, sistema operativo Windows 8.1 64bits

Software SPP

Microsoft Word

Microsoft Excel

Microsoft Power Point

F. Instrumental:

123 cuestionarios

Tabla de tabulación

G. Recursos Institucionales:

APEIM (Asociación peruana de empresas e investigación de mercados),  
información metodológica y estadística

Institución educativa Alfred Werner

### **1.5. Limitaciones del estudio**

Las limitaciones más importantes serán la fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante que es el dolor dental.

Un factor importante a considerar es el desconocimiento de algunos datos del cuestionario.

Otro factor es el desconocimiento de la empatía de los alumnos del colegio que pueda existir al momento de aplicar el cuestionario.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **2.1.1. Internacionales**

Celi Poma, Doris María. MANEJO DEL DOLOR DENTAL Y SU REAGUDIZACIÓN EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS DE LA PARROQUIA DE VALLE HERMOSO CANTÓN LAS LAJAS DE LA PROVINCIA DE EL ORO, ECUADOR. 2016. (5). Se observó que el manejo del dolor dental en un mayor porcentaje (63%) utilizó la medicina tradicional seguida de la automedicación en un (36%) y la atención profesional corresponde al (1%), en este caso no se utilizó la medicina homeopática.

#### **2.1.2. Nacionales**

Aguedo Del Castillo, Annabell Adelitha. RELACIÓN ENTRE LA AUTOMEDICACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTARIO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE INDEPENDENCIA, HUARAZ. PERÚ. 2007. (1). 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%).

Becerra Gómez, Juan David Ricardo. CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN POBLADORES DEL DISTRITO DE PIMENTEL, CHICLAYO. PERÚ. 2014. (2). La conducta ante el dolor dental con mayor frecuencia fue la automedicación farmacológica con un 47%. La clase de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los antiinflamatorios con un 72%. La clase de medicamento más utilizado en la automedicación tradicional fue el clavo de olor 54%, seguido del ajo 32%. Se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el área urbana con un 29%. El tratamiento de tipo odontológico

que se realizó para controlar el dolor dental en un mayor porcentaje fue la extracción dental con un 58% y en menor porcentaje fue la endodoncia con un 8%. La conducta ante la odontalgia o dolor dental de mayor prevalencia se dio en el nivel socioeconómico-cultural bajo con un 34%.

Carrasco Mestanza, Diana Carolina. RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, 2015-II. CHICLAYO. PERÚ. 2015. (3). La conducta ante el dolor dental con mayor frecuencia fue la de acudir a la atención odontológica con un 66%. El tratamiento odontológico ante el dolor dental con mayor porcentaje fue la extracción dental con un 75%. Se encontró que un 63% de los pacientes que ante el dolor dental se automedicaban de forma farmacológica.

Carrión Arteaga, Claudia Katherine. CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE CACHICADAN-LA LIBERTAD. PERÚ. 2013. (4). Se encontró mayor porcentaje de automedicación tradicional en el nivel socioeconómico – cultural bajo (56.0%) y muy bajo (41.9%). Se encontró mayor porcentaje de medicación profesional y ningún tratamiento en el nivel socioeconómico – cultural medio (14.6%). Se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica y automedicación tradicional en el nivel socioeconómico – cultural medio alto (33.3%).

Luza Yaranga, Lía Félida. MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN RELACIÓN AL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE POBLADORES EN LA ZONA URBANA DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA-AYACUCHO. PERÚ. 2012. (6). Los pobladores de la Provincia de Huamanga tienen como manejo principal frente al dolor dental a la automedicación; se automedican 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%).

Pari Espinoza, Rosa Consuelo de los Milagros. CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE JULIACA-PUNO. PERÚ. 2010. (7). La conducta principal de los pobladores del distrito de Juliaca ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica en un 42.3%.

Vasquez Romeo, Jetsy Olivia. RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE AUTOMEDICACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE LOS POBLADORES DE UN AAHH, CENTRO POBLADO EL MILAGRO, DISTRITO HUANCHACO – TRUJILLO. PERÚ. 2016 (8). La automedicación mixta fue la más frecuente en los pobladores de nivel socioeconómico-cultural muy bajo (42.6%) y bajo (41.8%), pero en los pobladores de nivel medio la más frecuente fue la automedicación farmacológica (50.0%) y la automedicación mixta (45.8%).

Susana Vasquez Lezcano, AUTOMEDICACIÓN EN EL PERÚ. LIMA. 2008. Estudio donde indica que en el Perú los estudios realizados en el país, evidencian que entre el 40 y 60% de la población se automedica, se determinó que el 55% del ingreso de los hogares utilizados por las unidades familiares, se destina a la compra de medicamentos de manera directa en alguna botica o farmacia. Además, basado en un estudio realizado por la dirección general de medicamentos, insumos y drogas desarrollado en el 2005, se evidenció que la disponibilidad sin receta médica de un antimicrobiano fue del 85% y la venta de psicotrópicos fue de un 85%.

### **2.1.3. Locales**

Yupanqui Llavilla, Yéssica Angelita. “INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA Y TRADICIONAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTARIO EN POBLADORES DEL CENTRO POBLADO PUCCHÚN-CAMANÁ, 2014”. AREQUIPA. PERÚ. 2015. El 92.75% de pobladores practicó la automedicación para el manejo del dolor dentario. La automedicación de mayor prevalencia es la automedicación

farmacológica (92.55%) y el 4.70% combinó la automedicación farmacológica con la tradicional.

## **2.2. Bases Teóricas.**

### **2.2.1. Conducta ante el dolor dental.**

La variable de estudio, conducta ante el dolor dental, debe ser analizada con la finalidad de comprender la temática, desde la conceptualización hasta el estudio de los indicadores. (3,4)

Por ello es importante conocer las funciones psicológicas y la actitud que toma el individuo ante la percepción del dolor, su presencia sintomatológica ansiosa está ligada al tipo de dolor, sea aguda o crónica tiene una influencia marcada en cada persona. (3,4)

#### **2.2.1.1. Conceptualización**

La conducta o comportamiento, son las manifestaciones psicológicas del ser humano, cualesquiera sean sus características de presentación. (3)

Da Lagache lo define como "el conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en una situación, integra las tensiones que amenazan la unidad y el equilibrio del organismo"; o como "el conjunto de operaciones (fisiológicas, motrices, verbales, mentales) por las cuales un organismo en una situación reduce las tensiones que lo motivan y realiza sus posibilidades". (3)

Pichón Riviére (3), indica las Áreas de la conducta afectadas:

1) Área de la mente; 2) Área del cuerpo; 3) Área del mundo externo

Se representa los tres tipos de conducta como tres círculos concéntricos, se enumeran como uno, dos y tres, que corresponden respectivamente a los fenómenos mentales, corporales y los de actuación en el mundo externo. El mismo autor, estudiando muy detalladamente este esquema y su dinámica en psicología y psicopatológica, ha llamado a estos círculos tres Áreas de la conducta en el funcionamiento altamente perfeccionado del sistema nervioso

central, y en el ser humano considerado siempre como persona en cada una de sus manifestaciones, vinculado en su condición humana al medio social. (3,4)

Desde ya anotemos que la estimulación no es independiente del sujeto y de su conducta, y que tanto los procesos simbólicos como los movimientos y los efectos, son todas conductas. (3,4)

La conducta siempre implica manifestaciones coexistentes en las tres áreas; es una manifestación unitaria del ser total y no puede, por lo tanto, aparecer ningún fenómeno en ninguna de las tres áreas sin que implique necesariamente a las otras dos; por lo tanto, las tres áreas son siempre coexistentes. (4)

La conducta es una unidad que tiene una triple manifestación, se da al mismo tiempo en las tres áreas, que son así siempre coexistentes, aunque con un predominio relativo en alguna de ellas, lo que nos permite calificar la conducta como mental, corporal o en el mundo externo. Pero este predominio es relativo, en el sentido de que puede alternar o sucederse con el predominio en otra de las áreas. Se puede, por ejemplo, reaccionar con ansiedad frente a una situación dada (área de la mente); posteriormente, en otro momento, puede ceder totalmente esta manifestación y aparecer en su lugar palpitaciones (área del cuerpo), o bien ser ambas reemplazadas por una conducta inestable en una actividad (área del mundo externo). Esta alternancia puede hacerse en todas las direcciones y tener siempre el mismo significado, es decir, ser una misma reacción (ansiedad) a una situación dada. Pero en esa alternancia o sucesión de las áreas puede haber una progresiva modificación del sentido de la conducta: a las manifestaciones en el área uno, puede suceder una conducta en el área tres, que modifica la situación y a su vez modifica, ulteriormente, la conducta en el área uno. La alternancia del predominio puede significar un proceso estereotipado, como en el caso de que el significado de la conducta sea siempre el mismo, o bien puede ser un proceso dialéctico, como en el caso del pensar y realizar en concordancia; a su vez la realización modifica el pensar, y así sucesivamente. (3,4)

### **2.2.1.2. El dolor dental**

Para intentar tipificar el dolor dental es necesario conceptualizar aspectos genéricos, sus componentes, fisiología, dimensiones, mecanismo y causas del dolor dental y posteriormente su atención.

#### **a. El dolor**

Existen variadas definiciones referentes al dolor y no se ha englobado en una sola definición, a razón de la complejidad, variedad de aspectos y diferencias que presenta el dolor; por la variedad de enfoques que se da (7).

Según la Real Academia Española (28) y teniendo en cuenta la etimología latina (dolor-oris) el dolor es "la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior; o un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo.

Así también, López (7) considera que el dolor es una experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (evaluativa).

Sin embargo, se concluye con el aporte de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) lo definen al dolor como la "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, descrito en términos de dicho daño"(7,8)

#### **b. Componentes del dolor**

El dolor se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del sistema nervioso central (SNC) un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo, produciéndose no sólo una respuesta refleja, ni sólo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional con varios componentes; en cuanto al cerebro, han propuesto tres componentes de la experiencia dolorosa (8):

- Dimensión sensitivo-discriminativa: reconoce las cualidades estrictamente sensoriales del dolor como localización, intensidad, cualidad, características espaciales y temporales. (7,8)
- Dimensión cognitiva-evaluadora que valora no sólo la percepción tal y como se está sintiendo; sino también se considera el significado de lo que está ocurriendo y de lo que pueda ocurrir. (7,8)
- Dimensión afectivo-emocional: la sensación dolorosa despierta un componente emocional en el que confluyen deseos, esperanzas, temores y angustia. (7,8).

### **c. Fisiología del dolor**

El dolor es transmitido por el sistema nervioso, que se encarga de regular las actividades del cuerpo al percibir las sensaciones del medio externo por acción del sistema nervioso somático y ajustar el funcionamiento visceral por medio del sistema nervioso autónomo el cual se divide en Simpático y Parasimpático (8).

Para que se lleven a cabo la diversidad de actividades nerviosas se requiere de diferentes tipos de neuronas (8):

- Somáticas motoras o eferentes: llevan inervación de la estructura esquelética estriada
- Somáticas sensitivas o aferentes: perciben las sensaciones de los receptores cutáneos (exterocepción) y de los músculos y articulaciones (propiocepción).
- Viscerales motoras o eferentes generales: encargadas de la inervación motora de las vísceras.
- Viscerales aferentes generales: perciben sensibilidad visceral. (8)

Existen terminaciones nerviosas especializadas que responden a estímulos potencialmente nocivos conocidas como nociceptores aferentes primarios, constituidos por fibras A delta mielínicas y fibras C amielínicas. Las diferencias entre estas son el diámetro, velocidad de conducción y función. El diámetro de fibras A mielínicas es entre 1 y 4  $\mu$ , la velocidad de conducción es de 13.4



m/seg, requieren un bajo umbral de estimulación, transmiten impulsos agudos y penetrantes conocidos como dolor agudo, existen las alfa, beta, gamma y delta. Estas últimas son las más relacionadas a transmitir el dolor dental, ya que son las primeras en responder a estímulos mecánicos, químicos o térmicos nocivos (8).

Para lograr el éxito en el tratamiento terapéutico del dolor se necesitan entender las vías fisiológicas de este mismo. Los nociceptores proporcionan información al sistema nervioso central, acerca del estado en el que se encuentra el organismo; los daños mecánicos, los cambios bruscos de temperatura o los irritantes químicos son factores que pueden estimular estos receptores. Cuando estos receptores son estimulados a nivel de tejidos periféricos, los impulsos nociceptivos son transmitidos al sistema nervioso central por medio de las fibras A-delta y las fibras C. (7,8)

Existen cuatro distintos procesos: transducción, transmisión, modulación y percepción. Y cada uno de ellos es un blanco potencial para la terapia analgésica. (8,9)

- **Transducción.** Es la respuesta selectiva de los nociceptores a distintos estímulos ya sea químicos, mecánicos o térmicos y su conversión a impulsos neurales. Cuando los nociceptores se activan por estímulos nocivos y se acompañan de daño tisular o algún proceso infeccioso se da una respuesta; en ese momento se liberan de los tejidos dañados sustancias químicas y enzimas, por lo que se aumenta la transducción de estímulos dolorosos. Las prostaglandinas y los leucotrienos, sustancias denominadas prostanoideas son los medidores de la hiperalgesia que acompaña a la inflamación. Las bradicininas y las prostaglandinas estimulan directamente las neuronas, y con ello se inicia la transmisión de los impulsos dolorosos a lo largo de la vía nociceptora. La liberación de la sustancia P trae como consecuencia dilatación vascular periférica e incremento en la permeabilidad vascular, lo cual se acompaña de liberación de mediadores vasoactivos, provocando la respuesta inflamatoria. Esto incrementa el dolor, alterando la calidad y duración del mismo lo cual puede llegar a provocar un estado de dolor crónico. (9).

Es un proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico. El potencial de acción se transmite a lo largo de las fibras nerviosas aferentes hasta la médula espinal.

- **Transmisión.** Luego de la transducción, los impulsos son transmitidos por medio de las fibras A-delta y C a la asta dorsal de la espina dorsal. En ese momento se liberan diferentes neurotransmisores como la sustancia P, esto aumenta la excitabilidad, esta sustancia además provoca la liberación de aminoácidos excitatorios (aspartato y glutamato) los cuales actúan en los receptores AMPA (ácido propiónico 2-amino-3-hidroxi-5-metilo-4-isoxazol) y NMDA (N-metil-daspartato). La consecuencia de esta despolarización es el flujo de calcio dentro de las neuronas postsinápticas, lo cual induce cambios constantes en la excitabilidad de las células (9).

Es la propagación del impulso nervioso hasta los niveles sensoriales del sistema nervioso central (SNC).

La transmisión se desarrolla en dos etapas: pre-espinal y espinal. En la pre-espinal, el estímulo es percibido por los nociceptores en piel y mucosas y por los nociceptores viscerales y se transmite por nervios espinales hasta la Raíz dorsal de la médula espinal. La interacción entre neurotransmisores y neuro receptores (sustancia P, glutamato, calcitonina) explica la serie de eventos que se llevan a cabo para que el dolor se manifieste. A través del haz espinotalámico. Este proceso inicial se transmite al cerebro. (9)

- **Modulación.** Capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, fundamentalmente inhibición en las astas dorsales de la médula, pero aparentemente también a otros niveles (periférico, por ejemplo). La modulación del dolor involucra una serie de mediadores químicos excitatorios, tales como: glutamato, aspartato, sustancia P, prostaglandinas, neuroquinina A, el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CPRG) y la colistoquinina. Mientras que los inhibitorios son opioides endógenos (encefalina, dinorfina y endorfina), somatostatina, serotonina y ácido gamma amino butírico (GABA). Sus receptores son de tres tipos:  $\mu$  (mu),  $\delta$  (delta) y  $\kappa$  (kappa) y se localizan en todo el SNC y al igual que

los opioides exógenos, se unen a los receptores opiáceos y modulan la transmisión del impulso nervioso para llevar a cabo diversas funciones. Una de ellas es frenar los estímulos dolorosos de igual forma a como lo hacen los analgésicos opiáceos, con la diferencia de que estos últimos también intervienen en otros mecanismos neurofisiológicos como la adicción a las drogas debido a que están relacionados con los efectos de reforzamiento o placer que éstas proporcionan. Otra de las funciones es el estar implicados en algunas respuestas especiales del organismo como el hacer que no se perciba el dolor de una herida, en una situación de máximo estrés. (9)

- **Percepción** Las fibras aferentes nociceptivas tienen sus cuerpos celulares en el asta dorsal de la espina dorsal y desde ahí proyectan sus axones al sistema nervioso central, así como también al tracto espinotalámico, las neuronas localizadas a este nivel cruzan a través de la médula y cerebro medio terminando en porciones específicas del tálamo y desde ahí la información se lleva hasta la corteza somatosensorial, los impulsos que se transmiten por medio de esta vía son los responsables de la discriminación sensorial del dolor y la respuesta emocional que evocan. La terapéutica farmacológica se ha enfocado a este componente (percepción) de la vía analgésica ya que ciertas áreas son abatidas por anestésicos generales o por analgésicos opiáceos (8,9).
- **Vías aferentes y vías eferentes.** Las vías eferentes participan modificando información nociceptiva aferente. Las vías eferentes que participan en la modulación del dolor incluyen: los tractos corticoespinal, hipotalámico, eferente y fibras eferentes de la materia gris periacueductal en el cerebro medio. Ante la estimulación de las vías eferentes se modula la transmisión nociceptiva en la periferia en la espina dorsal y se altera la liberación de neurotransmisores o supraespinalmente por la activación de las vías inhibitorias (norepinefrina, serotonina y endorfinas). (9)

A nivel del sistema nervioso central se encuentran receptores opioides, dichas agrupaciones se encuentran en las vías del dolor ascendente y descendente y en porciones del cerebro que son esenciales en el sistema de modulación del dolor. La metencefalina y la leucoencefalina son encefalinas

que forman parte del sistema opioide endógeno y que tienen acciones similares a la morfina. Debido a la comprensión del dolor se ha descubierto que los analgésicos son los que tienen la capacidad para controlar el dolor y cada uno de ellos actúa en un sitio específico a lo largo de las vías del dolor. (9)

#### **d. Dimensiones clínicas del dolor**

El dolor posee varias dimensiones: duración, intensidad, localización, características y percepción. (8,9)

- **Duración.** Es el tiempo durante el cual se percibe el dolor. Este puede ser continuo o intermitente; según la duración, clínicamente se denomina:
  - Dolor agudo, que trata de un dolor menor de 3 meses, tiene la función de alertar al individuo de que algo biológicamente dañino está ocurriendo en el cuerpo, de esta manera resulta una herramienta valiosa para el diagnóstico médico (8). Se percibe de 0,1 segundos después del contacto con el estímulo doloroso; el impulso nervioso generado viaja hacia el sistema nervioso central a través de fibras de una alta velocidad de conducción (A ). Dura segundos, minutos o incluso días; pero generalmente desaparece cuando la causa que lo origina desaparece. En la mayor parte de las ocasiones es producido por una estimulación nociva, daño tisular o enfermedad aguda.
  - Dolor crónico, cuya duración se da en más de 3 meses. Puede impedir el sueño, y el apetito contribuyendo a un notable deterioro físico, produciendo, además, efectos psicológicos profundos (6,8).

El dolor crónico tarda 1 segundo o más en aparecer y aumenta lentamente su frecuencia e intensidad durante segundos, minutos o días, persiste más allá del tiempo razonable para la curación de una enfermedad aguda, por lo que se le asocia a un proceso patológico crónico que provoca dolor continuo; se relaciona con las estructuras

profundas del cuerpo; no está bien localizado y es capaz de producir un sufrimiento continuo e insoportable. (9,24)

- **Intensidad.** Es la magnitud del dolor percibido. En ella influyen factores de orden psicológico, social y cultural, como decía Melzak.

No obstante, la intensidad del dolor es un fenómeno subjetivo y por tanto es conveniente utilizar métodos que nos permitan medirla. En esta, la intensidad del dolor es determinada por el mismo paciente sobre una línea recta cuyos dos extremos están marcados 0 y 10. (4)

- **Localización.** Es el lugar del cuerpo donde el dolor es percibido. Por ejemplo, el dolor somático se produce por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas. (4)

- **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 cualidad típica. Tal es el caso de las descargas eléctricas de las neuralgias del trigémino o de la sensación de quemadura en algunos dolores neuropáticos de las glosodinas. (7)

- **Percepción.** La influencia de la cultura y la etnia en la percepción y la expresión del dolor es un tema de investigación desde los años cincuenta. En los noventa Zatzick y colaboradores en un meta análisis de trece trabajos publicados no se encontró relación en la capacidad de diferenciar estímulos dolorosos entre grupos étnicos. No obstante, la valoración de la percepción del dolor entre hombres y mujeres denota una sensibilidad algo mayor al dolor para las féminas que para los varones. (4)

#### **e. Causas del dolor dental**

El dolor dental, conocido como el dolor de muelas, es probablemente la causa más frecuente de dolor en la región facial y uno de los dolores más molestos que sufre el ser humano. (15)

La causa suele ser una pulpitis aguda o inflamación aguda del nervio del diente. Suele manifestarse como un dolor intenso y punzante, que aparece en

respuesta a estímulos como los alimentos fríos, calientes, o dulces. Cuando la inflamación progresa puede provocarse una infección dental, en principio localizada en el interior del diente pero que, si no se trata adecuadamente, se extenderá por los alrededores del diente causando provocando la aparición de un absceso de origen dentario; el dolor entonces será intenso y continuo, existirá hinchazón de la zona y el paciente tendrá fiebre. (14; 15)

Las causas que originan la aparición de una pulpitis aguda, principalmente son:

- Caries dental. La caries dental es una enfermedad considerada como un grave problema de salud pública. Esta patología se define como infecciosa y de origen multifactorial que consiste en la desmineralización de los tejidos dentales, entre los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la caries en niños se encuentran los métodos de higiene oral, uso de fluoruros, hábitos de alimentación infantil, consumo de alimentos azucarados y factores psicosociales (14).

Se desarrolla en la presencia de la biopelícula dental, que es la responsable de la desmineralización de los tejidos dentales: el esmalte y la dentina. La caries se produce por la interacción de tres factores: microorganismos cariogénicos (*S mutans*), sustrato fermentable (sacarosa) y un huésped vulnerable.

El tratamiento oportuno es durante la fase inicial, sólo el esmalte dental se ve afectado, y las manchas blancas opacas pueden ser detectadas.

El tratamiento consiste en cambiar los hábitos alimentarios, implementar medidas de higiene oral y la administración tópica de fluoruro o alguna sustancia remineralizante (13).

Si la enfermedad progresa, la dentina también se ve afectada, con la presencia de cavidades. En esta etapa, el tratamiento consiste en la restauración del diente afectado y la prevención de caries nuevas con medidas preventivas. Si la progresión de la enfermedad no se interrumpe, puede causar la destrucción de los dientes temporales, lo que resulta en consecuencias locales, sistémicas, psicológicas y sociales. Con el desarrollo

de esta patología, las lesiones cariosas pueden desencadenar infección, dolor, dificultad al masticar, trauma psicológico y pérdida dental (13).

- **Fractura dental.** Hoy en día las lesiones traumáticas son la segunda causa de atención odontológica después de la caries, habiéndose producido un aumento en la prevalencia de estas lesiones en las últimas décadas. (14)
- **Fisura dental.** Se trata de una fractura dental en la que los fragmentos no se han desplazado, pudiendo no ser visible, pero permitiendo el paso de gérmenes de la cavidad bucal hacia el canal de la pulpa o nervio del diente (14).
- **Irritación tras realizarse un tratamiento dental.** En ocasiones sucede que, tras realizarse una reparación dental, los materiales empleados en ésta pueden provocar molestias locales por irritación, a pesar de haberse realizado correctamente. (14,15)

Como se observa las causas del dolor dentario son muy variadas, las cuales se determina luego de haber realizado una adecuada historia clínica, un examen clínico y los exámenes auxiliares necesarios. (14)

#### **f. Atención al dolor dental**

El dolor dental es la consecuencia inmediata más común de la caries no tratada o cualquier patología que produzca inflamación y por consiguiente activación de terminales nerviosas. (15,16)

El dolor dental, debe ser atendido oportunamente, con un tratamiento adecuado (antibióticos y antiinflamatorios), si no fuera así; se podría desarrollar una infección que se extendería al resto de la boca, cara, e incluso al cuello pudiendo, incluso, provocar graves dificultades para comer (por imposibilidad de abrir la boca) y respirar (por la gran inflamación que en ocasiones llegan a alcanzar); siendo entonces potencialmente peligrosas para la vida. (16)

En estos casos se ha de acudir, lo antes posible, a la atención dental, para que el especialista sea quien instaure el tratamiento adecuado para el problema específico de cada paciente y según sus condiciones. (15,16)

### **2.2.1.3. Dimensiones de la conducta ante el dolor.**

La conducta ante el dolor dental

**a. Consulta odontológica.** La consulta odontológica se la puede definir como el proceso por el cual el odontólogo recopila los datos necesarios para realizar la historia clínica del paciente y poder determinar un diagnóstico correcto del padecimiento por el cual está pasando al momento de su revisión, esto le permite al profesional poder establecer el tratamiento más adecuado y más eficaz. (15).

Tenemos que tener en cuenta que la revisión del paciente comienza desde que este ingresa al consultorio odontológico, a esto se denomina ectoscopia, posteriormente se debe realizar el examen físico correspondiente sabiendo que es un todo por ende debe ser revisado en todo sentido. (15)

La información necesaria para determinar la causa de los síntomas de un paciente se obtiene determinando los antecedentes médicos y dentales del mismo y llevando a cabo una exploración física. Adecuadamente desarrolladas ambas, la anamnesis y la exploración física suelen ser los procedimientos diagnósticos más definitivos. Sin la información que proporcionan ambos procedimientos, el proceso de diagnóstico se reduce a una peligrosa especulación (15,16)

Dentro de la misma practica realizada en el consultorio debemos determinar qué tipo de atención necesita cada paciente que acude por ende la atención se puede dar de tres formas. (15)



– **Atención preventiva**

Llamada también atención primaria, representa el primer contacto con los pacientes, y consiste en llevar la atención odontológica lo más cerca posible al paciente. Es el nivel de mayor importancia para el sistema de salud, ya que es en donde se realizan más esfuerzos para realizar la prevención, educación, protección y detección temprana de las enfermedades. Todas las medidas están orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud odontológico mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Las estrategias para lograr evitar la aparición de la enfermedad pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para su salud.

En este nivel el odontólogo realiza los tratamientos de fluorización, aplicación de sellantes y ionómero de vidrio, al igual que la consejería alimenticia y la enseñanza de técnicas correctas de cepillado dental. (15,16)

– **Atención necesaria**

Es la siguiente fase de atención, también conocida como atención secundaria, actúa cuando la primera no existe o bien no ha sido efectiva. De este modo, una vez ya ha actuado el estímulo de la enfermedad, se interrumpe la afección mediante un tratamiento odontológico precoz y oportuno, siempre con el objetivo de conseguir su curación o bien evitar la aparición de secuelas. A través de esta, los odontólogos consiguen mejorar el pronóstico de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad, siempre mediante un diagnóstico y tratamientos precoces. (15)

Se hace especial énfasis en la recuperación.

– **Atención de rehabilitación**

Esta ocurre cuando las medidas de las fases anteriores no han podido ser aplicadas o han fracasado. El objetivo principal es limitar la lesión y evitar un mal mayor derivado de la enfermedad o afección bucal. (15)

Los odontólogos a través de un diagnóstico y tratamiento, consiguen aplicar la odontología en la mayoría de sus especialidades (operatoria, periodoncia, cirugía, entre otras). (15)

Las medidas tales como las colocaciones de prótesis de coronas y puentes, prostodoncia parcial o completa y rehabilitación bucal, son medidas consideradas en esta atención (15)

**b. Automedicación.** El término de automedicación se puede definir como la auto administración de medicación no prescrita por un médico o de una manera no dirigida por un médico. (22)

No obstante, es interesante apreciar el doble origen del término dentro del árbol de términos relacionados. Por un lado, se deriva de “Drug Therapy” (terapia farmacológica) y, por el otro, de “Self Care” (autocuidado). A su vez, los dos vocablos anteriores se derivan de uno común: “Therapeutics” (terapéutica). Esta doble derivación es interesante desde el punto de vista de sus implicaciones prácticas y éticas, ya que, por un lado, sugiere una práctica responsable y, por otro, una desviación de la terapia farmacológica, y por lo tanto irresponsable. En el pronunciamiento de la OMS se aprecia una división explícita. Se señala que la automedicación en términos responsables es “el uso de un medicamento, registrado o sustentado en monografías científicas, legalmente disponible sin prescripción médica, bien sea por iniciativa individual o siguiendo el consejo de un profesional de la salud”. El lado no responsable del fenómeno se define como “el uso de medicinas de prescripción sin una previa prescripción médica”. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la automedicación responsable es la práctica mediante la cual los individuos tratan sus enfermedades y condiciones con medicamentos que están aprobados y disponibles sin prescripción, y que son seguros y efectivos cuando se usan según las

indicaciones. Señala también la OMS que la automedicación responsable requiere de: (22,23)

Medicamentos que tengan seguridad, calidad y eficacia probadas.

Condiciones que sean auto-reconocibles por el individuo o también para condiciones crónicas o recurrentes (luego de un diagnóstico médico inicial). (22)

En todos los casos, estos medicamentos deben estar diseñados para un propósito específico y requerirán de la dosis apropiada.

Lo cual en nuestra realidad no se logra cumplir ya que en su mayoría la persona no pasa por una consulta previa exponiéndose a posibles problemas o eventos relacionados con los medicamentos, que van desde leves hasta graves, según el medicamento y el usuario. Pueden ser tóxicos en casos de sobredosis, produciendo emergencias accidentales o intencionales. (22,23)

La importancia de abordar esta problemática es que la automedicación es una práctica muy común en nuestra sociedad, y aunque es fundamental considerar que los medicamentos administrados adecuadamente pueden ser muy útiles y beneficiosos, también es importante el hecho que todo fármaco es potencialmente dañino; y ante una utilización irresponsable, la automedicación se puede convertir en una costumbre riesgosa para la población que lo practica, y traer consecuencias como: enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, facilitar el contagio y fomento de la drogodependencia.(23)

La automedicación es una práctica muy antigua que constituye una problemática de carácter tanto nacional como mundial. Se ha convertido en una actividad frecuente de las personas constituyendo una acción riesgosa para la salud, lo cual conlleva a establecer prioridades de carácter social para el control de esta. (23)

- **Frecuencia de toma**

La frecuencia de la toma solo es determinada por el mismo usuario ya que en la mayoría de los casos las consume siempre que vea que la sintomatología clínica cede, cuando esta cede el mismo usuario suspende su utilización o si esta no cede cambia a una más fuerte exponiéndose así a varias complicaciones como por ejemplo intoxicaciones medicamentosas, dependencia, hasta en algunos casos la muerte por sobredosis. (23)

- **Temporalización del tratamiento**

El tiempo del tratamiento es otro punto crucial ya que cada droga o fármaco está indicado por una cierta cantidad de tiempo si este se excede aumenta las posibilidades de desarrollar una resistencia al mismo o dependencia, haciendo que este fármaco ya no sea efectivo. (23)

- **Tratamiento - dosis**

La dosis es solo por desconocimiento, en la mayoría de casos los pacientes que se automedican piensan que tomando una mayor cantidad hará un mejor efecto, lo cual es todo lo contrario y puede traer muchas complicaciones. (23)

**c. Atención con medicina alternativa.**

En los momentos actuales y en contraposición con los avances alcanzados en la creación de nuevos medicamentos en el mundo, la utilización de la medicina natural o también denominada alternativa, cobra cada vez más defensores y ejecutores, debido fundamentalmente a las formas naturales de curación y a la carencia de efectos secundarios de estas terapias. El principal problema para lograr una mayor incorporación del personal especializado, en la práctica de las diferentes terapias naturales, es la falta de orientación específica que propicie el conocimiento mínimo indispensable para su utilización .A través de la historia, en nuestro país se han aplicado múltiples tratamientos naturales en afecciones comunes de la población,

pero se hace necesario la valoración científica de los resultados obtenidos en las diferentes terapias, siendo necesaria la incorporación de nuestros profesionales odontológicos a este campo para lograr los efectos deseados. Los Fitofármacos son los más utilizados en nuestro país. (29)

Algunos aspectos a considerar en el uso de la medicina alternativa

- **Frecuencia de toma**

Está determinada por la presencia de la patología que afecta al paciente, casi siempre se da libertad de uso ya que no hay efectos adversos a estas sustancias naturales en su totalidad, en algunos pacientes puede provocar alergias por un uso continuo. (29,30)

- **Temporalización del tratamiento**

Solo utiliza cuando aparece la molestia. Su ventaja es que como en su mayoría no presenta efectos adversos, estas medicinas pueden dejarse sin ningún problema. (29,30)

- **Tratamiento – dosis**

Está determinada por la patología a tratar de acuerdo a las ventajas de cada planta a utilizar y sus principios activos (29,30)

**Algunas opciones medicinales alternativas para el dolor dental son:**

- ) Ajo: demostró presentar unos principios analgésicos muy buenos como para odontalgias.
- ) Clavo de olor: posee múltiples beneficios como analgésico, antiinflamatorio, antisépticos y un efecto anestésico
- ) Emplastos de kion y té negro: propiedades analgésicas.
- ) Hoja de coca: tiene efecto antibacteriano y analgésico.
- ) Kion: efectos antibacterianos y analgésicos hacia problemas gingivales.

- ) Manzanilla: tiene un muy buen efecto antiinflamatorio
- ) Agua con sal: efecto bacteriostático, ayuda en cicatrización de heridas, efecto antiséptico.
- ) Agua con bicarbonato: ayuda a estandarizar el medio ácido de la boca, ligero efecto antiséptico.

### **2.2.2. Nivel socioeconómico.**

El nivel socioeconómico, implica la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país. De alguna manera todos tenemos una idea aproximada de los tres escalones o niveles socioeconómicos: el bajo, el medio y el alto. Sin embargo, desde un punto de vista sociológico es necesario establecer con precisión unos niveles basados en criterios objetivos. Para ello los sociólogos utilizan una serie de variables distintas (nivel de estudios, tipo de hogar y número de habitaciones, tipo de ordenador personal, porcentaje de gasto en alimentos, acceso al agua y otros). Si estas variables se aplican a una familia es posible precisar su nivel socioeconómico. (32, 33,34)

#### **2.2.2.1. Conceptualización**

El nivel socioeconómico es una medida económica y sociológica total combinada de la experiencia de trabajo de una persona y de la posición económica y social de un individuo o familiar en relación con los demás, basada en el ingreso, la educación y la ocupación. Al analizar el NSE de una familia, se examinan los ingresos del hogar, la educación de los asalariados y la ocupación, así como los ingresos combinados, mientras que para el de un individuo sólo se evalúan sus propios atributos. Sin embargo, se utiliza más comúnmente para representar una diferencia económica en la sociedad en su conjunto. (32,34)

#### **2.2.2.2. Dimensiones del nivel socioeconómico**

En el Perú, la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM), estableció datos estándar para clasificar la categoría social a la cual pertenece una persona y la cual es calculada en base a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) que ejecuta el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para elaborar los indicadores de pobreza del Perú.

Inicialmente, el nivel socioeconómico incluía las siguientes variables: instrucción del jefe de familia, ocupación actual del jefe de familia, comodidades del hogar, características de la vivienda, acceso a salud en caso de hospitalización.

Posteriormente, el nivel socioeconómico incluía las siguientes variables: grado de instrucción del jefe de hogar, posesión de bienes (teléfono fijo, lavadora, refrigeradora/congeladora, horno microondas y computadora/laptop), hacinamiento (habitaciones para dormir y miembros del hogar), material predominante de los pisos.

**Nivel socioeconómico A.** Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 11 596 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: gerentes de empresa, altos ejecutivos del sector privado y público o funcionarios del sector público. Tienen estudios de postgrado. La mayoría posee una vivienda propia y cuenta con servicio doméstico. Tanto el material de las paredes como el de los pisos y los techos de sus viviendas son de primera calidad. Todos cuentan con teléfono fijo, celulares, televisión por cable e Internet.

**Nivel socioeconómico B.** Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 5 869 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores dependientes de rango intermedio en el sector privado, pequeños comerciantes, microempresarios o empleados no profesionales de rango intermedio en empresas privadas. La mayoría tienen estudios superiores completos. Usualmente poseen una vivienda propia y pocos de ellos cuentan con servicio doméstico.

Habitan viviendas confortables, con espacio suficiente, buenos acabados, aunque sin llegar a ser lujosos. Generalmente, cuentan con teléfono fijo, celulares, televisión por cable e Internet.

**Nivel socioeconómico C.** Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 3 585 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores dependientes, obreros especializados, pequeños comerciantes, microempresarios, choferes o taxistas. La mitad tiene el nivel escolar completo, pocos llegan al nivel superior técnico y una décima parte a la universidad. Más de la mitad tiene vivienda propia, algunos la alquilan u ocupan sin pago alguno (ocupan ambientes de alguna vivienda). Habitan viviendas relativamente acondicionadas, aunque poco cómodas. La tenencia del servicio celular sigue siendo importante, pero cae considerablemente la penetración de televisión por cable, teléfono fijo y, sobre todo, Internet respecto a los NSE A y B.

**Nivel socioeconómico D.** Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 2 227 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: muchos de ellos son independientes, obreros especializados, choferes, taxistas, transportistas o pequeños comerciantes. La mitad ha terminado el colegio. Unos cuantos tienen técnico completo. Más de la mitad tiene vivienda propia, algunos la alquilan, comparten con otro hogar o viven en una vivienda de invasión (sin título de propiedad). Viviendas de apariencia regular, sin embargo, más de un tercio de los hogares tiene techos provisionales. La mayoría tiene celulares. Un tercio tiene teléfono fijo, alrededor del 40% tienen TV cable y una mínima parte, Internet.

**Nivel socioeconómico E.** Se encuentra caracterizado por un ingreso familiar promedio de S/ 1 650 (APEIM, 2015). Entre las principales ocupaciones del jefe de hogar se encuentran: trabajadores independientes (pocos de ellos dependientes), obreros eventuales, comerciantes, vendedores ambulantes, servicio doméstico, choferes o transportistas. Más de la mitad no ha terminado el colegio. Tienen vivienda propia, hay más presencia de invasiones y otros que alquilan y la usan con autorización del propietario. El estado de conservación de la vivienda es regular malo / muy malo, tiene celulares y no tienen teléfono fijo, ni Internet. El 26% tiene TV por cable.

Para La dimensión del nivel socio económico, considera tres aspectos. (32,34)



- a. **Aspecto social.** Este aspecto se ve influenciado por la sociedad en su estructuración, las relaciones económicas y en la formación de sus clases sociales. (33,34)

Corresponde también a las características de la vivienda. Se considera al lugar donde habitan una o varias personas que brinda un refugio para protegerse del ambiente externo. (34)

- b. **Aspecto cultural.** Está determinada por el nivel de conocimiento que posee la persona sobre su entorno local, nacional e internacional, sobre el conocimiento sobre una actividad en común en todo su esplendor.

Este aspecto tiene que ver también con la educación, que es un proceso mediante el cual al individuo se le suministran herramientas y conocimientos esenciales para ponerlos en práctica en la vida cotidiana

En el sentido técnico, la educación es el proceso continuo de desarrollo de las facultades físicas, intelectuales, y morales del ser humano, con el fin de integrarse mejor en la sociedad o en su propio grupo, es un aprendizaje para vivir. (33)

En el encontramos diversos niveles que la persona va pasando cuando va asimilando el conocimiento impartido por edad cronológica así pues tenemos el nivel primario, secundario, técnico- universitario, especialidad, maestrías y doctorados (33,34):

- c. **Aspecto económico.**

A nivel económico se estudia la forma de administrar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades del individuo y de la sociedad. (33, 34,35)

Como los recursos del planeta son escasos y desgraciadamente, no todos podemos disponer de todo, nos vemos obligados a administrar esos bienes para conseguir lo que nos falta. La ciencia económica envuelve la toma de decisiones de los individuos, las organizaciones y los Estados para asignar esos recursos escasos. (33,35)

La economía se centra también en el comportamiento de los individuos, su interacción ante determinados sucesos y el efecto que producen en su entorno (en los precios, la producción, la riqueza o el consumo, entre otros). (33, 34,35):

### **2.3. Definición de términos básicos**

**Dolor:** sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior; o un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo.

**Tratamiento:** se hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros de medios

**Historia clínica:** documento médico-legal que se apunta los datos personales y de índole para determinar un tratamiento

**Automedicación:** la auto administración de medicación no prescrita por un médico o de una manera no dirigida por un médico.

**Nivel socioeconómico.** El nivel socioeconómico (NSE) es una medida económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas**

#### **Hipótesis principal:**

La conducta ante el dolor dental se relaciona positivamente con el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017

#### **Hipótesis derivadas**

La conducta ante el dolor dental de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”, es regular.

El nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner, es regular.

### **3.2. Variables definición conceptual y operacional.**

#### **Variables principales:**

- Conducta ante el dolor dentario.
- Nivel socioeconómico.

#### **Variables Secundarias:**

- Edad.
- Sexo.

#### **Definición conceptual de la conducta ante el dolor dentario**

La variable tipo de conducta ante el dolor dental se valora en función a los indicadores, los indicadores nos permiten acercarnos de manera asertiva a entender el porqué del comportamiento de los alumnos del nivel secundario del colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner” frente al dolor dental.

#### **Definición operacional de la conducta ante el dolor dentario**

La variable conducta ante el dolor dentario, se medirá mediante los indicadores de consulta Odontológica, Automedicación y Medicina Tradicional

#### **Definición conceptual de nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico (NSE) es una medida económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.

### **Definición operacional de nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico, se medirá mediante los indicadores de nivel social, cultural y económico, lo que permitirá identificar los niveles de pobreza extrema, pobreza media, baja pobreza y no pobre.

#### Operacionalización de variables principales

<b>Variab</b> les	<b>Indicadores</b>	<b>Sub indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Tipo</b>
Conducta ante el dolor dental	Consulta Odontológica	Revisión de salud bucal	Nominal	Individual
		Asistencia inmediata al consultorio en caso de dolor		
		Control del dolor		
	Automedicación	- Frecuencia	Nominal	Individual
		- Tratamiento		
		- Orientación en la dosis		
Medicina Tradicional	- Frecuencia - Tratamiento - Dosis - Tipos	Nominal	Individual	
Nivel Socioeconómico	Nivel Social	Ocupación laboral del jefe de hogar Condición de la vivienda	Nominal	Individual
	Nivel cultural	Grado de instrucción del jefe de hogar	Nominal	Individual
	Nivel económico	Posesión de bienes	Nominal	Individual

### Variables secundarias

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Tipo</b>
<b>Edad</b>	Años	Razón	Individual
<b>Sexo</b>	Femenino Masculino	Nominal	Individual

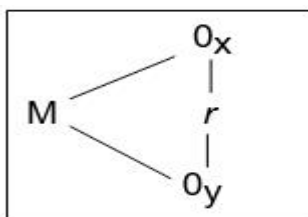
## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño metodológico

Para comprender y determinar el diseño de investigación es necesario conocer la tipología de la investigación, el presente estudio es:

- **Es aplicada**, según la finalidad que persigue, porque se tienen la oportunidad de establecer un contacto directo con nuestra muestra de investigación, donde se van a discernir una serie de instrumentos los cuales van a estar en la capacidad de detallar una información relevante y sustancial sobre la base de los indicadores expuestos.
- **Es transversal**, según el alcance temporal,
- **Es descriptiva**, según la finalidad u objeto,
- **Es cuantitativa**, según el carácter de la medida,
- **Es de campo**, según el marco en que tiene lugar,
- **Es correlacional**, según el grado de profundidad.
- **Es no experimental**, ya que la observación del hecho se dará en su condición natural, sin intervención del investigador, para luego informar lo observado.

Así el diseño de investigación es correlacional:



Donde:

M = Muestra.

O<sub>x</sub> = Variable 1

O<sub>y</sub> = Variable 2.

r = Relación de las variables de estudio.

## **4.2. Diseño muestral**

### **4.2.1. Población**

Para la realización de estudios descriptivos se debe considerar como muestra un número mayor de 100 observaciones para la realización de inferencias estadísticas, en el caso del estudio de investigación se optó por considerar a los 123 alumnos del nivel secundario del colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”. La división de la población se basará en conglomerados heterogéneos de distintas características socioeconómicas y conductas frente al dolor dental representados por las secciones que van desde el primero al quinto de secundaria.

El diseño de muestra de estudio, es no probabilístico, y se tomó el total de la población de estudio. Considerándose muestra censal, y el total de los alumnos del nivel secundario del colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”.

#### **4.2.1.1. Criterios de inclusión:**

- Ser estudiante del colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”.
- Ser estudiante del nivel secundario.
- De cualquier sexo.
- Ser psicológicamente apto.
- Tener dominio del idioma español.
- Haber padecido de dolor dentario.

#### **4.2.1.2. Criterios de exclusión:**

- No querer participar voluntariamente del trabajo y por ende no haber firmado el consentimiento informado.

### 4.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos.

La técnica utilizada es la encuesta: ya que se desea obtener respuestas no verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto de fuente primaria.

El instrumento de la presente investigación será la encuesta, las preguntas desarrolladas se clasifican entre abiertas, cerradas y de opción múltiple. Del levantamiento de información de fuente primaria se obtendrá el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”, así como se obtendrá la información de la conducta que tienen los alumnos frente al dolor dental que experimentan a través del cuestionario. La calificación se dará de acuerdo a la percepción del encuestado Ver (Anexo). El procedimiento con el instrumento para poder medir las variables del estudio se desarrollará de la siguiente manera:

Conducta ante el dolor dentario: Preguntas de opción múltiple respecto a la conducta adquirida ante el dolor dental, la calificación se realizará de acuerdo a la codificación del cuestionario, las respuestas nos permitirán generar valores absolutos, relativos y porcentuales de la variable analizada.

Nivel Socioeconómico: Preguntas de opción múltiple respecto al aspecto social, cultural y económico familiar, bajo los niveles socioeconómicos A, B, C, D, y E, datos estándar para clasificar la categoría social a la cual pertenece una persona según el planteamiento de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM).

Edad: Variable de alternativa múltiple categorizada por grupos de edad que va de los 12 años de edad a más.

Sexo: Variable dicotómica que permite categorizar a la población de acuerdo al sexo que representa.

Se realizará la encuesta a los alumnos del colegio Peruano—Suizo “Alfred Werner”.



El encuestador mencionará al encuestado la naturaleza académica y científica del estudio presentando el consentimiento informado que será firmado por el encuestado antes del desarrollo del cuestionario.

El encuestador absolverá las consultas e inquietudes de los encuestados durante el desarrollo del levantamiento de la información.

#### **4.4. Técnicas de procesamiento de la información**

Preparación de la información para facilitar su análisis:

- Codificación de la base de datos con Microsoft Office Excel.
- Almacenamiento de los datos.

Análisis de datos

- Elección del paquete estadístico SPSS
- Estadística descriptiva para describir a los alumnos estudiados en relación con todas y cada una de las variables recogidas.

#### **4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información**

- Análisis estadístico de los datos (Prueba de Chi-cuadrada), para observar la asociación e independencia de las variables asociadas conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico.

## CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Análisis de los resultados

Tabla N°1

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Por edad

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10	6	5%
11	18	15%
12	23	19%
13	23	19%
14	13	11%
15	22	18%
16	17	14%
17	1	1%
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°1 respecto a edad de 123 estudiantes que representan el 100% se observa que: 6 estudiantes al 5% tienen la edad de 10 años, 18 estudiantes al 15% tienen la edad de 11 años, 23 estudiantes al 19% tienen la edad de 12 años, 23 estudiantes al 19% tienen la edad de 13 años, 13 estudiantes al 11% tienen la edad de 14 años, 22 estudiantes al 18% tienen la edad de 15 años, 17 estudiantes al 14% tienen la edad de 16 años y 1 estudiante al 1% tiene la edad de 17 años.

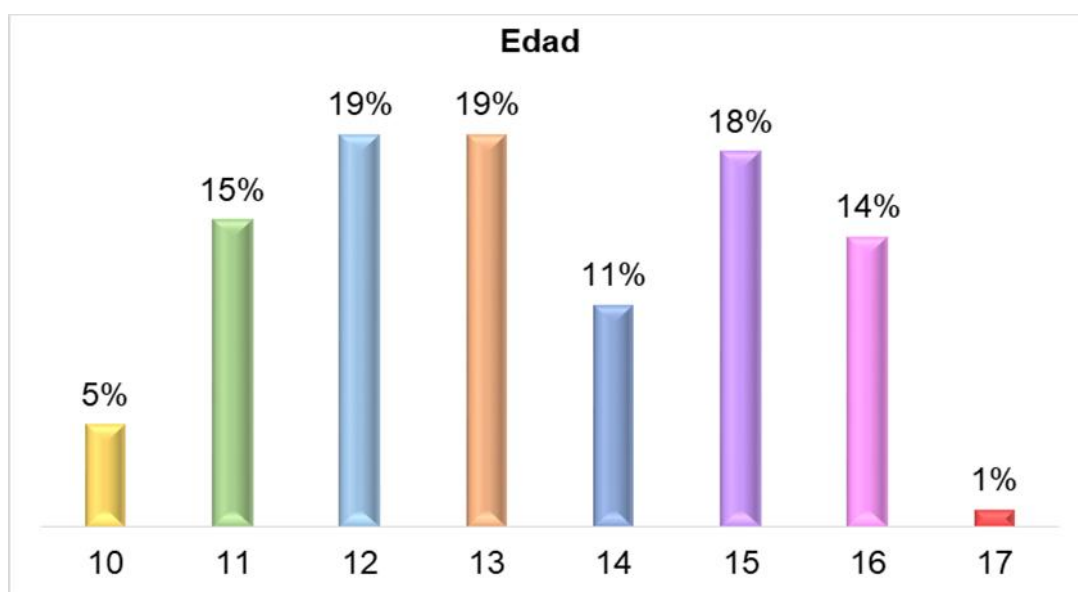
## Gráfico N°1

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Por edad

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°1 podemos observar que las edades con mayores porcentajes de los 123 alumnos son: 12 años con un 19%, 13 años con un 19% y la edad de 15 años con un 18% respectivamente.

Tabla N°2

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Por sexo

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	64	52%
Femenino	59	48%
<b>Total</b>	123	100%

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°2 respecto a edad de: 123 estudiantes que representan el 100% se observa que 64 estudiantes al 52% pertenecen al sexo masculino y 59 estudiante al 48% pertenecen al sexo femenino.

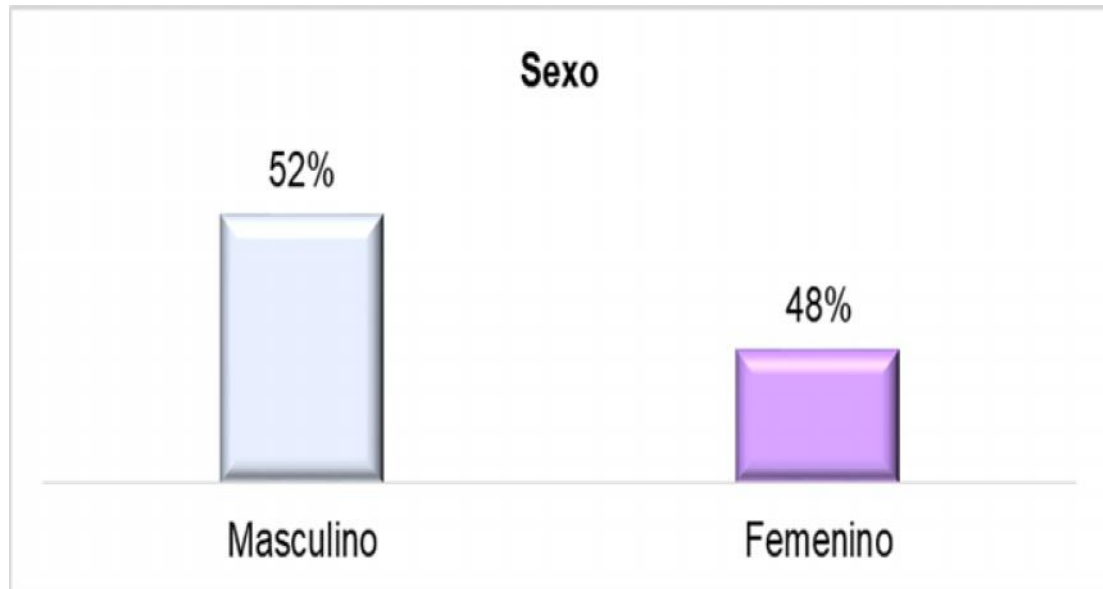
## Gráfico N°2

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Por sexo

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°2 podemos observar que el sexo con mayor porcentaje de los 123 alumnos encuestados es el masculino con un 52%.

Tabla N°3

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Por presencia de dolor dental

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Dolor Dental</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	104	85%
No	19	15%
<b>Total</b>	123	100%

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°3 referente a presencia de dolor dental se observa que de: 123 estudiantes, 104 al 85% si han experimentado dolor dental y 19 al 15% estudiantes no lo han experimentado, por tanto, la población de estudio se determina en función a los estudiantes que han experimentado el dolor.

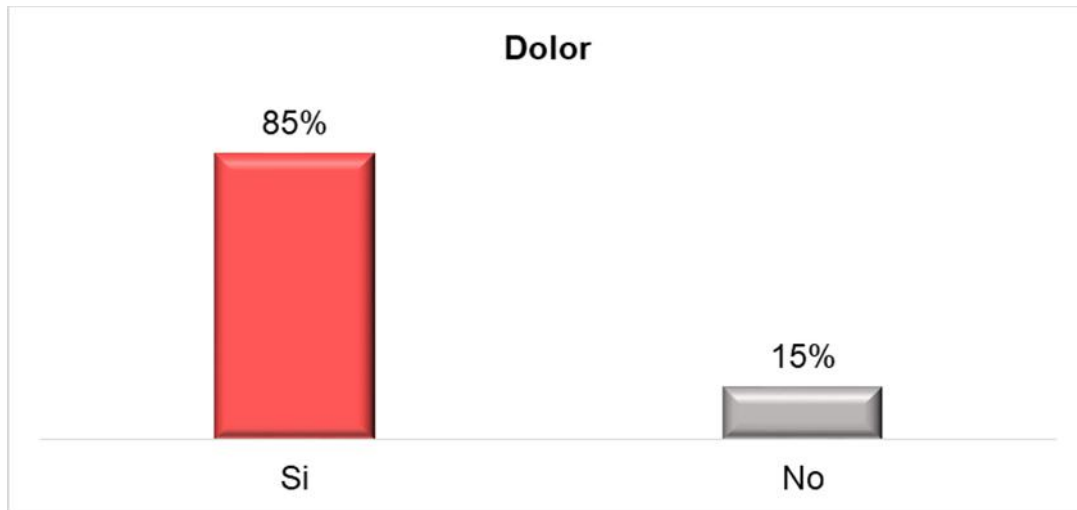
### Gráfico N°3

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Por presencia de dolor dental

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°3 podemos observar que el 85% de los alumnos encuestados han presentado dolor dental.

Tabla N°4

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner  
Según frecuencia con la que asiste a consulta odontológica

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Asiste a consulta odontológica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cada año	64	62%
3 - 6 meses	28	27%
Otras	12	12%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°4 referente a frecuencia con la que asiste a consulta odontológica se observa que: de 104 estudiantes, 64 al 62% asisten cada año, 28 estudiantes al 27% asisten de 3 a 6 meses y 12 estudiantes al 12% indican otra frecuencia de asistencia.



#### Gráfico N°4

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner  
Según frecuencia con la que asiste a consulta odontológica

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°4 podemos observar que la frecuencia con la que se asiste a una consulta odontológica es cada año con un 85%.

Tabla N°5

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Según frecuencia con la que asiste a consulta odontológica ante dolor dental

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Asiste a consulta odontológica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inmediatamente	18	17%
Espera a que aumente el dolor	54	52%
No asiste	32	31%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°5 referente a asiste a consulta odontológica ante el dolor se observa que de: 104 estudiantes, 18 al 17% asisten inmediatamente, 54 estudiantes al 52% esperan a que aumente el dolor y 32 estudiantes al 32% no asisten.

## Gráfico N°5

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Según frecuencia con la que asiste a consulta odontológica ante dolor dental

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°5 podemos observar que la frecuencia con la que se asiste a una consulta odontológica ante el dolor, los alumnos refieren que esperan a que el dolor aumente siendo un 52% del total de alumnos que respondieron el cuestionario.

Tabla N°6

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner  
Según situaciones por las que asistió a consulta odontológica  
Frecuencia absoluta – porcentual  
2017

<b>Situaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Tratamiento no diera efecto	35	33.7%
Conocer por que se dio el dolor	10	9.6%
Manifestaciones físicas	59	56.7%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°6 referente a situaciones por las que asistió a consulta se observa que de: 104 estudiantes, 35 al 33.7% asisten por que el tratamiento no dio efecto, 10 estudiantes al 9.6% asisten para conocer por que se dio el dolor y 59 estudiantes al 56.7% asisten por manifestaciones físicas.

## Gráfico N°6

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner  
Según situaciones por la que asistió a consulta odontológica  
Frecuencia absoluta – porcentual  
2017



Fuente: *Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°6 podemos observar que la situación por la que asistió a una consulta odontológica es por presentar manifestaciones físicas con un 56.7% respecto al total de alumnos encuestados.

Tabla N°7

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Según frecuencia con la que se automedica

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Automedica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	24	23%
A veces	57	55%
Siempre	23	22%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°7 referente a la frecuencia con la que se automedica se observa que de: 104 estudiantes, 57 al 55% a veces optan por la automedicación, 24 estudiantes al 23% nunca optan por automedicación y 23 estudiantes al 22% siempre optan por automedicarse.

## Gráfico N°7

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Según frecuencia con la que se automedica

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°7 podemos observar que la frecuencia con la que se automedica es a veces con un 55%, seguida por nunca con un 23%.

Tabla N°8

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Según cuando se automedica

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Cuando Automedica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cumple el tratamiento dado por terceros	3	3%
Calma el dolor y deja la medicación	64	62%
Toma dosis adicionales	37	36%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°8 referente a la automedicación se observa que de: 104 estudiantes, 3 al 3% cumple con el tratamiento dado por terceros, 64 estudiantes al 62% les calma el dolor y dejan la medicación y 37 estudiantes al 36% toman dosis adicionales.



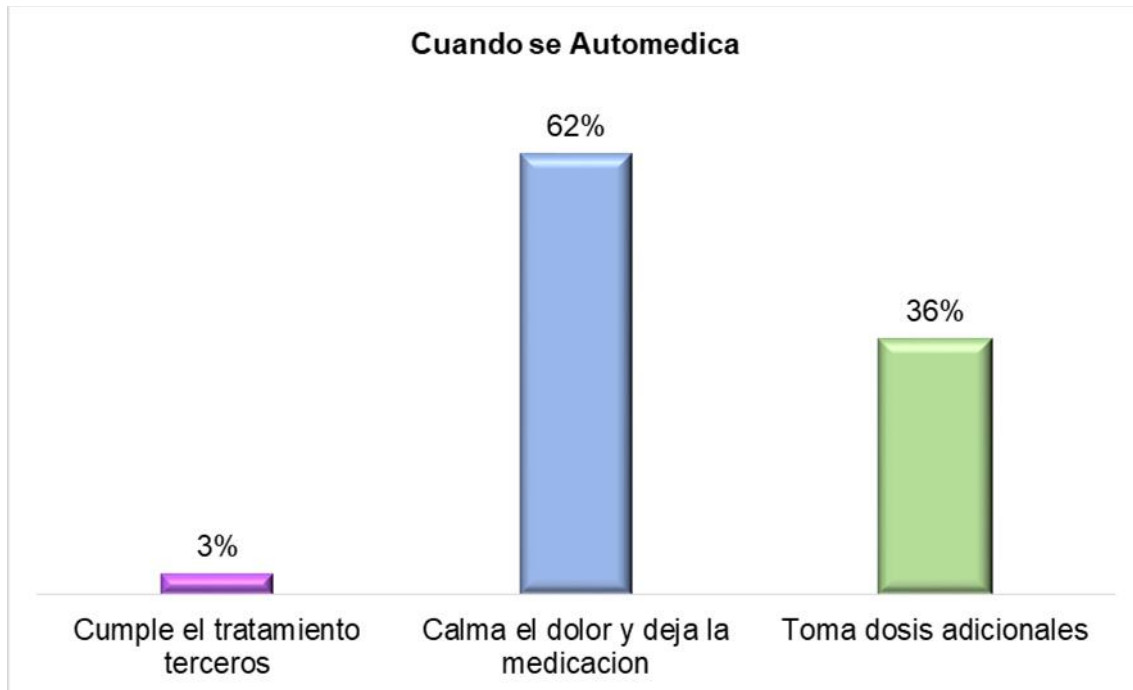
Gráfico N°8

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Según cuando se automedica

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario

Del gráfico N°8 podemos observar que la mayor frecuencia al 62% se da cuando el dolor es calmado, se deja la automedicación.

Tabla N°9

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Actitud ante la persistencia del dolor

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Persistencia Dolor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Busca orientación del farmacéutico	15	14%
Toma medicamento más fuerte	65	63%
Aumenta la frecuencia de la toma del medicamento	24	23%
<b>Total</b>	104	100%

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°9 referente ante la persistencia del dolor se observa que de: 104 estudiantes, 15 al 14% busca la orientación del farmacéutico, 65 estudiantes al 63% toman un medicamento más fuerte y 24 estudiantes al 23% aumentan la frecuencia de la toma del medicamento.

### Gráfico N°9

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Actitud ante la persistencia del dolor

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario

Del gráfico N°9 podemos observar que el 63% de estudiantes toman medicamentos más fuertes ante la persistencia del dolor.

Tabla N°10

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Cuando opta por medicina alternativa

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Medicina Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	12	12%
A veces	57	55%
Siempre	35	34%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°10 referente a opta por medicina alternativa se observa que de: 104 estudiantes, 12 al 12% nunca, 57 estudiantes al 55% a veces y 35 estudiantes al 34% siempre.

## Gráfico N°10

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Cuando opta por medicina alternativa

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°10 podemos observar que el 55% de estudiantes a veces optan por la medicina alternativa, seguida por el 34% que opta por la medicina alternativa siempre.

Tabla N°11

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Frecuencia de tratamiento con medicina alternativa, si no clama el dolor

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Tratamiento MA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Busca otra opción dentro de la medicina alternativa	4	4%
Dejó el tratamiento y optó por automedicación	61	59%
Dejó el tratamiento y asistió al consultorio dental	39	38%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°11 referente a tratamiento con medicina alternativa, si no calma el dolor se observa que de: 104 estudiantes, 4 al 4% busca otra opción dentro de la medicina alternativa, 61 estudiantes al 59% dejó el tratamiento y optó por automedicación y 39 estudiantes al 38% dejó el tratamiento y asistió al consultorio dental.

## Gráfico N°11

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Frecuencia de tratamiento con medicina alternativa, si no calma el dolor

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario

Del gráfico N°11 podemos observar que el 59% si no calma el dolor con medicina alternativa opta por la automedicación y un 38% deja el tratamiento y asiste a una consulta odontológica.

Tabla N°12

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Comportamiento ante la persistencia del dolor

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Persistencia del dolor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Aumenta frecuencia del tratamiento	15	14%
Aumenta la dosis del tratamiento	16	15%
Dejó el tratamiento	73	70%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°12 referente ante la persistencia del dolor se observa que de: 104 estudiantes, 15 al 14% aumenta frecuencia del tratamiento, 16 estudiantes al 15% aumenta la dosis del tratamiento y 73 estudiantes al 70% deja el tratamiento.

.



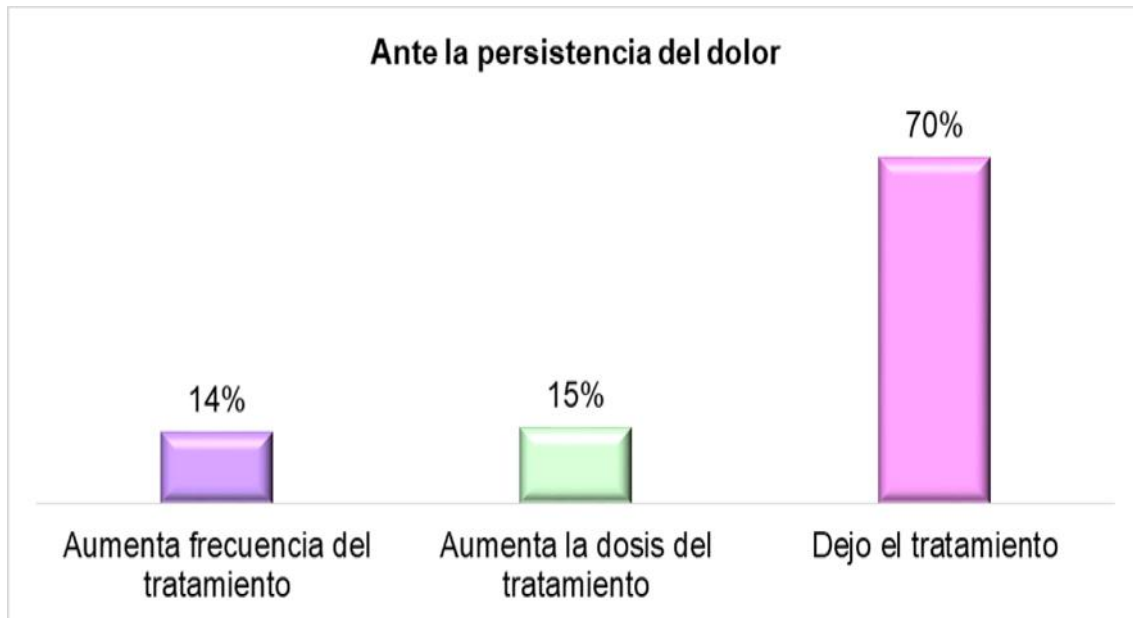
## Gráfico N°12

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Comportamiento ante la persistencia del dolor

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario

Del gráfico N°12 podemos observar que el 70% de estudiantes deja el tratamiento ante la persistencia del dolor dental.

Tabla N°13

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Uso para calmar el dolor

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Uso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ajo	16	15%
Clavo de olor	37	36%
Emplastos	18	17%
Hoja de coca	21	20%
Kion	4	4%
Manzanilla	2	2%
Agua con sal	4	4%
Agua con Bicarbonato	2	2%
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°13 referente a que uso para calmar el dolor se observa que de: 104 estudiantes, 16 al 15% usan ajo, 37 estudiantes al 36% usan clavo de olor, 18 al 17% usan emplastos, 21 al 20% usan hoja de coca, 4 al 4% usan kion, 2 al 2%, usan manzanilla, 4 al 4% usan agua con sal, 2 al 2% usan agua con bicarbonato.

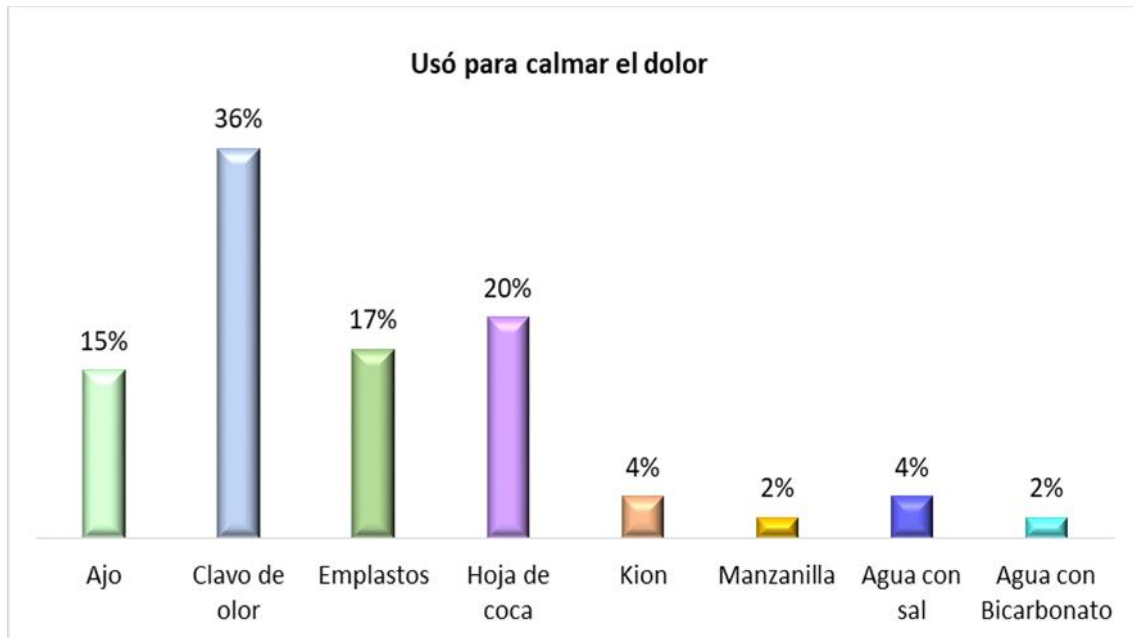
Gráfico N°13

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Uso para calmar el dolor

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario

Del gráfico N°13 podemos observar que el 36% de estudiantes usan el clavo de olor para calmar el dolor.

Tabla N°14

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Ocupación laboral del jefe del hogar

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

Ocupación laboral	Frecuencia	%
Nivel socioeconómico A	4	4
Nivel socioeconómico B	49	47
Nivel socioeconómico C	37	36
Nivel socioeconómico D	14	13
Nivel socioeconómico E	0	0
Total	104	100%

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°14, referente a ocupación laboral del jefe de hogar de: 104 estudiantes que corresponde al 100%, se observa que, 4 estudiantes que representa el 4% presenta características del nivel socioeconómico A, 49 estudiantes que representa el 47% presenta características del nivel socioeconómico B, 37 estudiantes que representa el 36% presenta características del nivel socioeconómico C, 14 estudiantes que representa el 13% presenta características del nivel socioeconómico D, ningún estudiante que presenta características del nivel socioeconómico E.

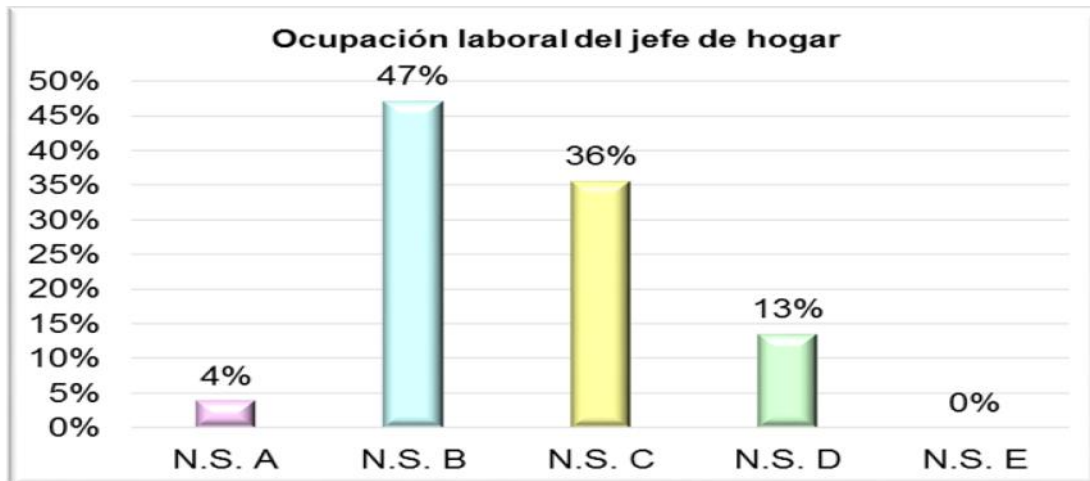
## Gráfico N°14

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Ocupación laboral del jefe del hogar

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario

Del gráfico N°14 podemos observar que el 47% de estudiantes corresponden a familias del nivel socioeconómico B en base a la ocupación laboral del jefe del hogar.

Tabla N°15

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Condición de la vivienda

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Condición vivienda</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nivel socioeconómico A	4	4
Nivel socioeconómico B	55	52
Nivel socioeconómico C	36	35
Nivel socioeconómico D	9	9
Nivel socioeconómico E	0	0
Total	104	100%

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°15, referente a la condición de la vivienda, de 104 estudiantes que corresponde al 100%, se observa que: 4 estudiantes que representa el 4% presenta características del nivel socioeconómico A, 55 estudiantes que representa el 52% presenta características del nivel socioeconómico B, 36 estudiantes que representa el 35% presenta características del nivel socioeconómico C, 9 estudiantes que representa el 9% presenta características del nivel socioeconómico D, ningún estudiante que presenta características del nivel socioeconómico E.

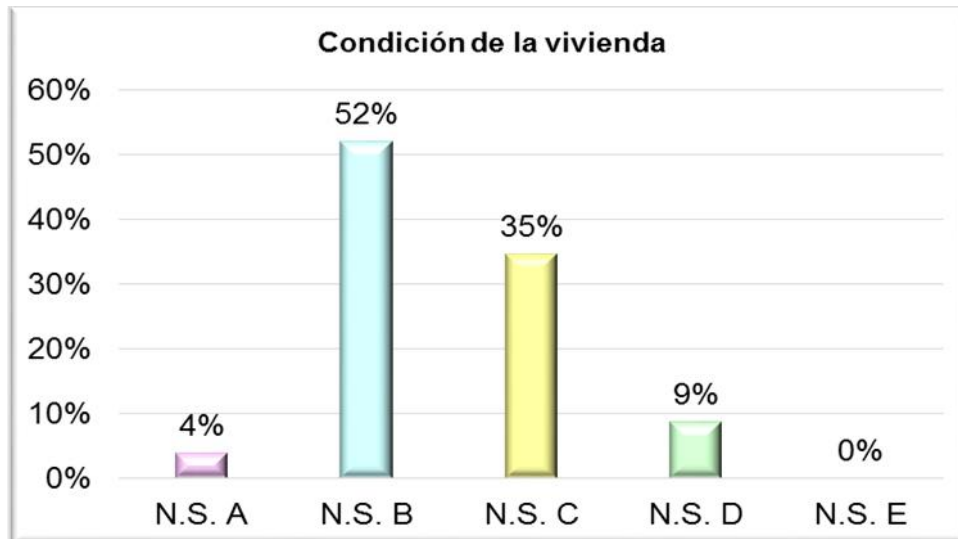
### Gráfico N°15

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Condición de la vivienda

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°15 podemos observar que el 52% de estudiantes corresponden a familias del nivel socioeconómico B en base a la condición de su vivienda.

Tabla N°16

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Grado de instrucción del jefe de hogar

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Grado de instrucción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nivel socioeconómico A	8	8
Nivel socioeconómico B	46	44
Nivel socioeconómico C	18	17
Nivel socioeconómico D	32	31
Nivel socioeconómico E	0	0
Total	104	100%

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°16, referente a grado de instrucción del jefe de hogar de: 104 estudiantes que corresponde al 100%, se observa que 8 estudiantes que representa el 8% presenta características del nivel socioeconómico A, 46 estudiantes que representa el 44% presenta características del nivel socioeconómico B, 18 estudiantes que representa el 17% presenta características del nivel socioeconómico C, 32 estudiantes que representa el 31% presenta características del nivel socioeconómico D, ningún estudiante que presenta características del nivel socioeconómico E.



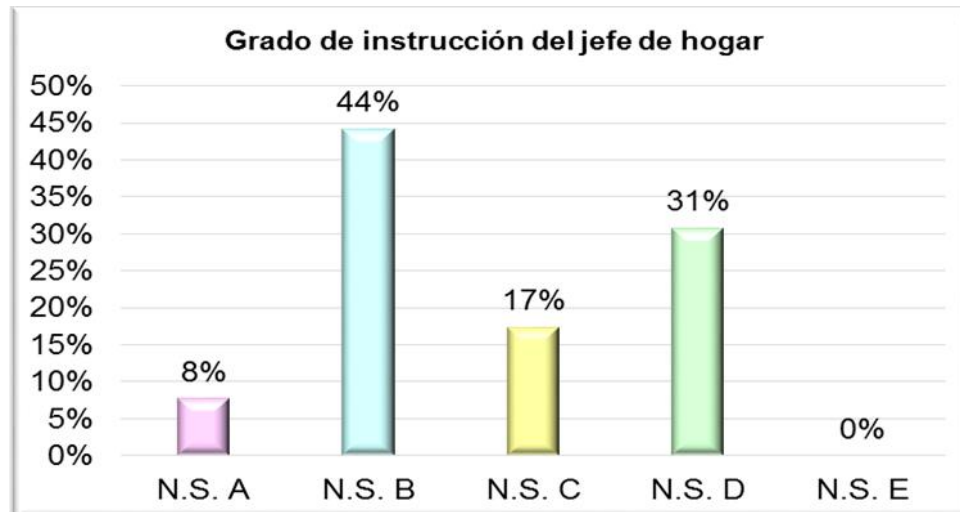
### Gráfico N°16

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Grado de instrucción del jefe de hogar

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario

Del gráfico N°16 podemos observar que el 44% de estudiantes corresponden a familias del nivel socioeconómico B en base al grado de instrucción del jefe del hogar.

Tabla N°17

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Posesión de bienes

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

<b>Posesión de bienes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Nivel socioeconómico A	90	87
Nivel socioeconómico B	14	13
Nivel socioeconómico C	0	0
Nivel socioeconómico D	0	0
Nivel socioeconómico E	0	0
Total	104	100%

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°17, referente a posesión de bienes de 104 estudiantes que corresponde al 100%, se observa que: 90 estudiantes que representa el 87% presenta características del nivel socioeconómico A, 14 estudiantes que representa el 13% presenta características del nivel socioeconómico B, y ningún estudiante representa al nivel socioeconómico C, D y E.

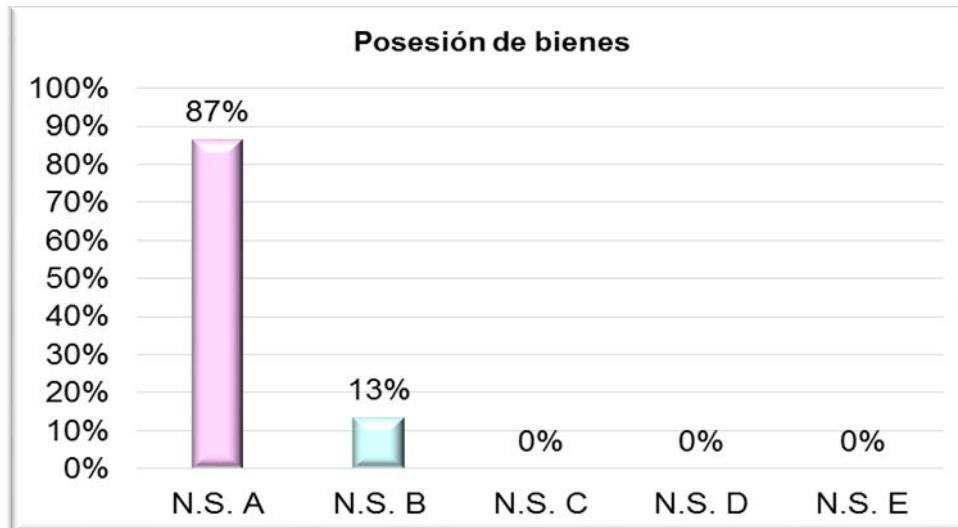
### Gráfico N°17

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Posesión de bienes

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

Del gráfico N°17 podemos observar que el 87% de estudiantes corresponden a familias del nivel socioeconómico A en base a la posesión de bienes.

Tabla N°18

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Nivel socioeconómico final

Frecuencia absoluta – porcentual

2017

	Frecuencia	%
Nivel socioeconómico A y B	37	39%
Nivel socioeconómico C	63	61%
Nivel socioeconómico D	0	0%
Nivel socioeconómico E	0	0%
Total	104	100%

*Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°18, referente a nivel socioeconómico final, de 104 estudiantes que corresponde al 100%, se observa que, 37 estudiantes que representa el 39% presenta características del nivel socioeconómico A y B, 63 estudiantes que representa el 61% presenta características del nivel socioeconómico C, y ningún estudiante representa al nivel socioeconómico D y E.

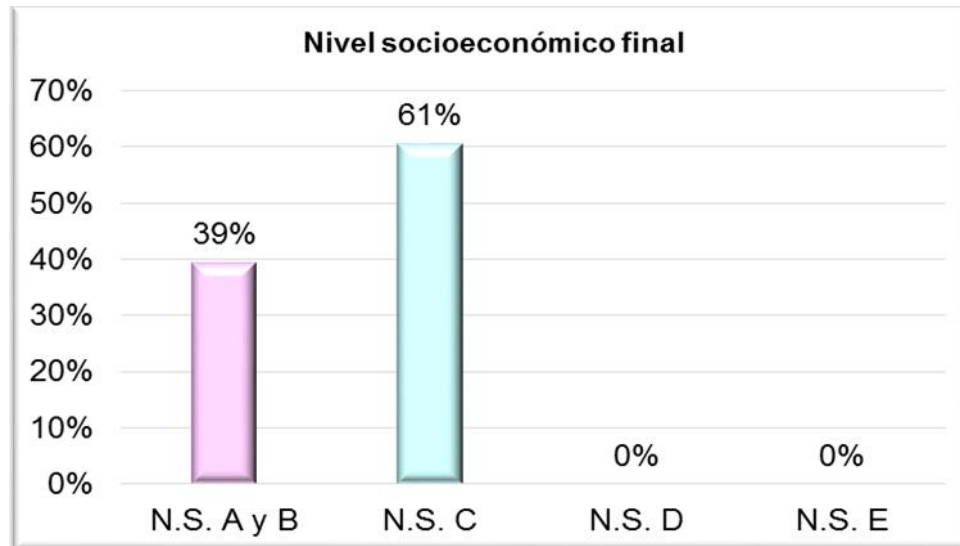
### Gráfico N°18

Distribución de los alumnos del Colegio Alfred Werner

Nivel socioeconómico final

Frecuencia absoluta – porcentual

2017



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario

Del gráfico N°18 podemos observar que el 61% de estudiantes corresponden a familias del nivel socioeconómico C en base al nivel socioeconómico final.

## 5.2. Comprobación de hipótesis

Tabla N°19

Prueba Chi-cuadrado entre las variables Conducta ante el dolor dental – Nivel Socioeconómico

2017

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,931 <sup>a</sup>	84	0.983
Razón de verosimilitudes	61.755	84	0.967
Asociación lineal por lineal	.030	1	0.862
N de casos válidos	104		

Fuente: *Elaboración propia en base a cuestionario*

En la tabla N°19, referente a la prueba Chi-cuadrado de Pearson, de 104 observaciones que corresponde al 100% de alumnos que durante la realización del instrumento indicaron que presentan dolor dental, se observa que existe relación entre las variables Conducta ante el dolor dental y la variable Nivel Socioeconómico pues el nivel de significancia obtenido y presentado en la tabla es de 0.983 mayor al valor del error 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de que la conducta ante el dolor dental se relaciona positivamente con el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del colegio Alfred Werner año 2017, donde fueron analizados 104 casos de comportamiento, los resultados indican que el 55% de alumnos encuestados a veces se automedica y el 62% asiste a una consulta odontológica una vez al año, solo un 52% asiste a una consulta odontológica cuando el dolor aumenta y un 56.7% asiste a una consulta odontológica ante la presencia de manifestaciones clínicas acompañando al dolor. El nivel socioeconómico de los alumnos tiene una relación positiva pues existe una relación con la variable conducta ante el dolor dental, la característica más resaltante indica que pese al poder acceder a todos los servicios el comportamiento es no asistir a una consulta odontológica y practicar la automedicación.

En el estudio realizado por Aguedo del Castillo en el año 2007 en el distrito de Independencia de la ciudad de Huaraz tuvo como resultados la prevalencia de la automedicación en los pobladores de un 72.75%, siendo la automedicación farmacológica la mas representativa por un 64.61%. Se encontró que existe una relación inversamente proporcional entre el nivel socioeconómico cultural y la automedicación en el manejo del dolor dentario.

Yupanqui Llavilla en el año 2015 obtuvo como resultados que el 92.75% de pobladores del centro poblado de Pucchún en el distrito de Camaná, practicó la automedicación para el manejo del dolor dentario. La automedicación de mayor prevalencia es la automedicación farmacológica (92.55%) y el 4.70% combinó la automedicación farmacológica con la tradicional. El nivel socioeconómico cultural bajo influye en la automedicación para el manejo del dolor denario.

La prevalencia del comportamiento de los alumnos en la investigación realizada y los estudios anteriormente analizados demuestra que la automedicación farmacológica es la conducta que se presenta con mayor frecuencia entre la población. A veces acompañada por el uso de medicina tradicional.

Por otro lado, el nivel socioeconómico cultural tiene como variables al grado de instrucción del jefe del hogar, tipo de vivienda, posesiones y acceso a servicios básicos, estos determinantes para el comportamiento frente al dolor dental.

Las características de las realidades de los grupos analizados son diferentes. En el análisis de la investigación se observó que los alumnos se encuentran entre los niveles socioeconómicos A, B, C, de acuerdo a las variables analizadas y en base al nivel socioeconómico final el 61% se encuentra en el nivel socioeconómico C, pero este no es determinante para que los alumnos accedan a servicios odontológicos profesionales como primera opción, por el contrario, estos optan por la automedicación farmacológica.

El comportamiento de los estudios desarrollados por Aguedo y Yupanqui en el caso de la conducta ante el dolor dental y en relación al nivel socioeconómico cultural es una relación directa pues un menor acceso a servicios y posesiones, por ende, en niveles socioeconómicos bajos, no permite acceder a servicios profesionales de consulta odontológica, optando así por la automedicación farmacológica.



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La conducta ante el dolor dental presentada por los alumnos del colegio Peruano-Suizo Alfred Werner es expectante, sin echar mano de tecnicismos la reacción ante la presencia del dolor es esperar a que dolor aumente o presente manifestaciones clínicas. El diagnóstico de las fuentes de este fenómeno arrojó un resultado contundente la asistencia a un centro especializado para la atención del dolor se realiza una vez por año y la automedicación es una alternativa de la que más del 55% de los alumnos entrevistados hace uso cuando el dolor se presenta. Un análisis más acotado mostró que la conducta ante el dolor dental cuando esta persiste busca el uso de un medicamento más fuerte además de echar mano de la medicina alternativa. Por otro lado, cuando el dolor es calmado se deja la medicación.

**SEGUNDA:** El nivel socioeconómico de los alumnos del colegio Peruano-Suizo Alfred Werner está entre los niveles A, B, C teniendo como mayor predominancia el nivel socioeconómico C con un 61% y puede entenderse por los determinantes a corto plazo como son el crecimiento económico experimentado por la región Arequipa en los últimos años debido al crecimiento del sector minería, el sector industrial y los sectores que este dinamiza. Se entiende que los sectores comercio, construcción, transporte además de microempresarios han demandado mayores trabajadores y profesionales relación que es contrastada con el instrumento empleado en el presente estudio pues la ocupación del jefe del hogar se presenta entre trabajadores dependientes e independientes, obreros, pequeños comerciantes y microempresarios por otro lado, la vivienda en la que se desenvuelve la familia es en su mayoría es de material noble, los estudios del jefe del hogar son en su mayoría técnicos superiores y cuentan con los servicios básicos como cable,

teléfono fijo e internet. Todas estas características posibilitan la participación económica de las familias de los alumnos para la adquisición de medicamentos y la posterior atención en una consulta odontológica.

**TERCERA:** Existe una fuerte relación entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del colegio Alfred Werner pues las condiciones que presentan las familias en relación a su nivel socioeconómico proporcionan la posibilidad de tener acceso a medicamentos para calmar el dolor, insistir si este persiste y realizar una visita al especialista al año, por otro lado se debe considerar el acceso a información para poder hacer uso de la medicina alternativa por acceso a internet.

**CUARTA:** Los instrumentos utilizados para el análisis de las variables han permitido comprobar que la conducta ante el dolor dental se relaciona positivamente con el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017.

**QUINTA:** La realización del presente estudio ha permitido aportar de manera científica sobre el conocimiento de la relación entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del colegio Alfred Werner, además de conocer el comportamiento de las variables analizadas de manera independiente. De esta manera se comprueba los supuestos conocidos de manera empírica y los estudios realizados con anterioridad de que la conducta ante el dolor dental se caracteriza por la automedicación, el uso de recursos naturales y que un mejor acceso a los servicios debido a una mejora económica además de un mejor nivel socioeconómico permite tener acceso a servicios médicos y odontológicos.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Debido a que no se ha realizado estudios similares en la Región Arequipa, es recomendable que el presente se difunda por la importancia de que la población debe conocer la implicancia y las consecuencias de la automedicación. Por otro lado, es importante que la población conozca la importancia de la salud oral y la asistencia periódica a una consulta odontológica.
- SEGUNDA:** Es importante realizar campañas de salud dirigidas a los padres de familia para crear una conciencia preventiva en cuanto a salud bucal, el no uso de medicamentos sin prescripción médica, las consecuencias para la salud por la automedicación y la importancia de la atención que puede brindar un especialista.
- TERCERA:** En cuanto a la conducta ante el dolor dental de los alumnos del colegio Alfred Werner, se debe hacer campañas específicas preventivo promocionales para atender su salud bucal y no se practique la automedicación como primera medida ante el dolor, se debe realizar una reunión con los padres de familia para informar sobre los resultados del presente estudio concientizando sobre la importancia del mismo.
- CUARTA:** Otro aspecto importante va dirigido a los futuros investigadores relacionados a la salud los cuales al ampliar los conocimientos adquiridos deben considerar que el nivel socioeconómico es afectado de acuerdo a la población de estudio por sus características demográficas y de acceso a servicios. Esto a su vez afectara la conducta que estos tengan ante el dolor dental.

## Fuentes de información

1. Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. Desarrollo humano (11ava Ed.) Impreso en China: McGraw-Hill /Interamericana Editores. S.A. de C.V. 2010.
2. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. Psicología del Desarrollo, de la infancia a la adolescencia (Undécima ed.). México, D.F., México: McGraw-Hill.G. 2009.
3. BLEGER, J. Psicología de la conducta. 2006.
4. Acevedo, J. Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. Bogotá: Rev. Soc. Especialidad del Dolor, Vol. 20, N.º 4, Julio-Agosto – 13. 2013.  
  
URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v20n4/articuloespecial.pdf>
5. Armero, L., y Cruz, S. Factores que inciden sobre la automedicación en las personas que habitan en la vereda los llanos del Municipio de Popayán con edades respectivas entre 18 y 85 años. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. 2011.
6. Goodman y Gilman; Las Bases farmacológicas de la terapéutica. (9a Edición). Mc Graw-Hill Interamericana 2016, pp.661-705.
7. Caba, M. Mecanismos del dolor. Universidad Veracruzana. Centro de investigaciones Biológicas 1998.  
  
Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/5165/2/19921213P49.pdf>
8. Gonzales, E. Película adhesiva de ketorolaco para control de dolor post extracción. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey. 2013.
9. Kelly JD, Ahmad M, Brull SJ., Analgesia preventiva I: Vías fisiológicas y modalidades farmacológicas. Can J. Anesth 2001; 48: 1000-1010
10. Lara, A. Caries y su relación con hábitos alimenticios y de higiene en niños de 6 a 36 meses de edad. (Tesis grado Magister) Universidad Autónoma de Chihuahua. 2012.
11. Loeser JD, Melzack R. Pain: una visión general. 2013
12. Fuentes. E. Evaluación antinociceptiva entre paracetamol y parecoxib en dolor agudo experimental. Universidad de Chile. 2006

13. Edelstein BL. El Problema de Pandemia y Disparidades de Caries Dentales. BMC Salud Bucal; 2006 (Supl. 1): S2
14. Tiano A, Moimaz S, Saliba O, Saliba A. Prevalencia de caries dentales en niños hasta los 36 meses de edad que asisten a guarderías en municipios con diferente contenido de fluoruro de agua. J Appl Oral 2009, Sci; 17 (1): 39 – 44
15. Jose Javier Echevarria Garcia; el manual de odontología; cuarta edición; cap II; editorial Elsevier masson; Barcelona. España. 2014
16. Sociedad Española de Odontopediatría El dolor dental. 2017.  
Disponibile en: [http://www.odontologiapediatrica.com/dolor\\_dental](http://www.odontologiapediatrica.com/dolor_dental)
17. Ramos, J. Caracterización de la práctica de automedicación en la población residente del distrito de Ate de la provincia de Lima – marzo 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014.
18. Orellana, A. Dolor en cirugía bucal. Acta Odontológica Venezolana: Volumen 51, No. 4, Año 2013.
19. Mesas, A. Clínica del Dolor. 2012.
20. Carrión, C. Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Cachicadan-La Libertad. 2013.
21. OMS Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Septiembre del 2002.
22. Sánchez, F. Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del Distrito Metropolitano de Quito. 2008
23. Vásquez, S. automedicación en el Perú. 2008  
Disponibile en: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/automedicacion\\_junio\\_2008.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload/uploaded/pdf/automedicacion_junio_2008.pdf)
24. Merskey H, Bogduk N. Clasificación del dolor crónico: Descripciones de los síndromes dolorosos crónicos y definiciones de dolor condiciones. (2ª Ed.) Seattle, WA: Prensa IASP.1994
25. Lund, J., Lavigne, G., Dubner, R., Sessle, B. Dolor Orofacial. (1ª Ed) 1999; 3 - 14; 79 - 90.
26. Mulet, M., de la Hoz, JL. Sueño y dolor orofacial. 1999 Rev Soc Esp Dolor 14; 21(Supl. II): 53-64.  
Disponibile en: <http://portal.sedolor.es/contenidos/375/adjuntos/89h72mbn.pdf>

27. López, F Definición y Clasificación del dolor. Madrid: Servicio de Publicaciones. UCM. 1996  
Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/1481-1569-1-PB.PDF
28. Real Academia de la lengua Diccionario de la lengua española. (23 a edición). 2014  
Disponible en: <http://portal.sedolor.es/contenidos/375/adjuntos/89h72mbn.pdf>
29. Eversole, L.A.: Patología bucal. Diagnóstico y tratamiento. Ciudad de la Habana, Edit. Ciencia-Técnica, 1983.
30. González Forte B, Pérez García LM. Por la calidad de la atención estomatológica integral. Gaceta Médica Espirituana [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 16 Abr 2013]; 15(1):[aprox. 2 p.].  
Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.%281%29\\_01/p01.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.%281%29_01/p01.html)
31. González Forte B, Pérez García LM. Por la calidad de la atención estomatológica integral. Gaceta Médica Espirituana [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 16 Abr 2013]; 15(1):[aprox. 2 p.].  
Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.%281%29\\_01/p01.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.%281%29_01/p01.html)
32. F. Cáceres, S. Vanotti, S. Rao, the RECONEM Workgroup Epidemiological characteristics of cognitive impairment of Multiple Sclerosis Journal patients in a Latin American country J Clin Exp Neuropsychol., 33 (2011)
33. AMAT Y LEÓN, Carlos, "Distribución del ingreso familiar", Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. 1990.
34. INEI, "Encuesta Nacional de Hogares 2003/2004"
35. The Economist, "World in Figures 2006 Edition", 2006

# ANEXOS

## 1. Acuerdo de Consentimiento Informado

Por favor lea atentamente este acuerdo de consentimiento antes de tomar una decisión sobre su participación en el estudio. Su hijo/a también recibirá un formulario de consentimiento; revise con él/ella ese formulario.

**Propósito del estudio de investigación:** El propósito del estudio es conocer la relación de la conducta ante dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario.

**Lo que su hijo hará en el estudio:** Realizará una encuesta/cuestionario en la que el niño/a puede omitir cualquier pregunta que lo haga sentir incomodo o que no desee responder.

**Tiempo requerido:** El tiempo estimado que tomará su realización no será mayor a 20 minutos por lo que el niño/a no perderá mucho tiempo de su horario de clase.

**Riesgos:** No hay riesgos previstos en este estudio.

**Beneficios:** No hay beneficios directos para usted o su hijo/a por participar en este estudio de investigación. El estudio puede ayudarnos a conocer la realidad de los alumnos frente a la conducta tomada ante el dolor dental y si esta mantiene alguna relación con el nivel socioeconómico.

**Confidencialidad:** La información que su hijo/a de para el estudio será manejado confidencialmente. Sus datos y los datos de su hijo serán anónimos, lo que significa que su nombre no será recopilado al solicitar los datos.

**Participación voluntaria:** La participación de su hijo y/o su participación en el estudio es completamente voluntaria. Las calificaciones o notas y clase del niño/a no se verán afectadas por el estudio.

**Derecho a retirarse del estudio:** Usted tiene el derecho de retirar a su hijo y a usted mismo del estudio en cualquier momento que desee.

**Cómo retirarse del estudio:** Si usted y/o su hijo/a desean retirarse del estudio, comuníquelo al investigador. No hay problema por retirarse.

**Si tiene preguntas sobre el estudio, comuníquese con:**

Nombre del investigador principal: Gabriela Andrea Recoba Valencia

Entidad a la que pertenece: Universidad Alas Peruanas filial Arequipa

Dirección: Villa Médica torre 6 dpto. 303 – José Luis Bustamante y Rivero

Correo electrónico: gabrielarecobav@hotmail.com

Teléfono de contacto: 976316815

**Acuerdo:**

Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/a participe en el estudio de investigación descrito arriba.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Usted recibirá una copia de este acuerdo para su registro.**



### 3. Matriz de consistencia

#### CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS ALUMNOS DEL NIVEL SECUNDARIO DEL COLEGIO PERUANO-SUIZO “ALFRED WERNER”. JOSÉ LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO. AREQUIPA – 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuál es la relación de la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es el nivel conducta ante el dolor dental de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”?</p> <p>¿Cuál es el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la relación de la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Identificar la conducta ante el dolor dental de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”.</p> <p>Identificar el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>La conducta ante el dolor dental se relaciona positivamente con el nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”. José Luis Bustamante y Rivero. Arequipa – 2017</p> <p><b>Hipótesis derivadas</b></p> <p>La conducta ante el dolor dental de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”, es regular.</p> <p>El nivel socioeconómico de los alumnos del nivel secundario del Colegio Peruano-Suizo “Alfred Werner”, es regular.</p>	<p><b>Variable 1.</b></p> <p>CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>) Consulta Odontológica</li> <li>) Automedicación</li> <li>) Medicina Alternativa</li> </ul> <p><b>Variable 2</b></p> <p>RENDIMIENTO ACADÉMICO</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>) Aspecto social</li> <li>) Aspecto cultural</li> <li>) Aspecto económico</li> </ul>

### 3. Instrumento de actitud ante el dolor

		<b>CUESTIONARIO</b>	Numero de Ficha:
<b>P1. Edad:</b>	<b>P2. Sexo:</b> 1. Masculino ( ) 2. Femenino ( )		
<b>I. Dolor dental</b>			
<b>P3. ¿Alguna vez ha tenido dolor dental?</b> 1 Si ( ) 2. No ( )			
En caso que su respuesta haya sido "Si", continúe con la encuesta, si ha respondido "No", entregue su ficha al encuestador.			
<b>II. Conducta ante el dolor dental</b>			
<b>1. Consulta Odontológica</b>			
<b>P4. ¿Con qué frecuencia te llevan a una revisión de tu salud bucal?</b> a. Cada año. b. Cada 3 a 6 meses. c. Otras (especifique). _____			
<b>P5. Ante un dolor dental ¿Asiste al consultorio odontológico?</b> a. Inmediatamente. b. Espera a que aumente el dolor. c. No asiste.			
<b>P6. ¿En qué situaciones a asistido al consultorio odontológico?</b> 1. En caso de que el tratamiento no diera efecto y el dolor continúe. 2. Para conocer porque se dio el dolor. 3. Cuando el dolor va acompañado de manifestaciones físicas (inflamación, presencia de pus, mal olor).			
<b>2. Automedicación</b>			
<b>P7. ¿Con qué frecuencia se automedica ante un dolor dental?</b> a. Nunca b. A veces c. Siempre.			
<b>P8. Cuando se automedica:</b> 1. Cumple con el tratamiento según indicaciones de terceros (de 3 a 7 días promedio). 2. Calma el dolor y deja la medicación. 3. Para que no vuelva el dolor, se toma dosis adicionales.			
<b>P9. Ante la persistencia del dolor:</b> 1. Busca la orientación del farmacéutico. 2. Toma un medicamento más fuerte. 3. Aumenta la frecuencia de la toma del medicamento.			

### 3. Medicina Alternativa

**P10. ¿Con qué frecuencia opta por medicina alternativa ante un dolor dental?**

1. Nunca
2. A veces.
3. Siempre.

**P11. En el tratamiento con medicina alternativa:**

1. Si no calma el dolor, busca otras opciones dentro de la medicina alternativa.
2. Dejo el tratamiento y busca otras opciones como la automedicación.
3. Dejo el tratamiento y asisto a un consultorio odontológico.

**P12. Ante la persistencia del dolor:**

1. Aumenta la frecuencia o dosis del tratamiento.
2. Aumenta la dosis del tratamiento.
3. Dejo el tratamiento y asisto a un consultorio odontológico

**P13. ¿Qué usó para calmar el dolor dental? Marque el que usó con mayor frecuencia (3):**

1. Ajo.
2. Clavo de olor.
3. Emplastos.
4. Hoja de coca.
5. Kion.
6. Manzanilla.
7. Agua con sal.
8. Agua con bicarbonato.

#### 4. Instrumento de nivel socioeconómico



### CUESTIONARIO

#### **P1. La Ocupaciones del jefe de hogar corresponde a:**

1. Son gerentes de empresa, altos ejecutivos del sector privado y público o funcionarios del sector público
2. Son trabajadores dependientes en el sector privado, pequeños comerciantes, microempresarios o empleados en empresas privadas.
3. Son trabajadores dependientes, obreros especializados, pequeños comerciantes, microempresarios, choferes o taxistas
4. Son trabajadores independientes, obreros, choferes, taxistas, transportistas o pequeños comerciantes.
5. Son trabajadores independientes, obreros eventuales, comerciantes, vendedores ambulantes, servicio doméstico, choferes o transportistas.

#### **P2. La vivienda donde vivo es:**

1. La vivienda es propia, de material noble y acabados de primera
2. La vivienda es propia, confortables, con espacio suficiente y no tiene lujos.
3. La vivienda es propia o alquilan u ocupan sin pago alguno y esta acondicionada, aunque poco cómoda.
4. La vivienda es propia o alquilan, pero es compartida con otro hogar con apariencia regular, algunos ambientes son provisionales.
5. La vivienda es propia o alquilan y la usan con autorización del propietario. El estado de conservación de la vivienda es regular malo / muy malo.

#### **P.3 Los estudios del jefe de hogar:**

1. Tienen estudios de maestría, doctorado y/o especialidades.
2. Tienen estudios de educación superior completa.
3. Tienen estudios de educación secundaria completa, o estudios de educación superior técnico y/o estudios de universidad incompleta
4. Tienen estudios de educación secundaria completa, y/o formación técnica.
5. Tienen estudios de educación secundaria incompleta.

#### **P4. En su familia cuenta con:**

1. Teléfono fijo, televisión por cable e Internet, lavadora, movilidad propia.
2. Teléfono fijo, televisión por cable e Internet.
3. Televisión por cable.
4. Televisión por cable.
5. Muchas veces se cuenta con TV por cable.