

**UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



TITULO

**“CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL EN RELACION AL
NIVEL SOCIOECONÓMICO –CULTURAL EN EL CENTRO
POBLADO DEL VARILLAL - IQUITOS- 2015”**

**TESIS PRESENTADO PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

Bach. HELSEA HESSENIA YOLANDA GONZALES GOMEZ

ASESOR:

C.D. Mg. ROSARIO DEL PILAR BEDÓN ANCANI

SAN JUAN – IQUITOS

PERU

2015

DEDICATORIA

A DIOS, porque me guía en mi camino a seguir y a pesar de las piedras que puso en mi vida siempre me ha dado las fuerzas para continuar adelante con ánimo y perseverancia.

A MIS PADRES, aquellas personas tan queridas que a pesar de las dificultades me dieron toda su fuerza para continuar adelante con los estudios siempre diciendo: "Vamos, tú puedes, nosotros confiamos en ti" son aquellas palabras las que me animaron a continuar y superarme cada día más.

A MIS HERMANOS, que me dieron el ejemplo, estudiando y esforzándose cada día, siempre estuvieron cuando los necesitaba, gracias porque comprendieron mis estudios.

A MI NOVIO, porque estuvo allí cuando más lo necesitaba, y sobre todo por su apoyo incondicional en cada etapa de mi carrera profesional.

A MIS AMIGOS de la universidad porque a pesar de todo siempre estuvieron en mis alegrías y tristezas, sé que aunque pasen los años siempre seguiremos siendo amigos a pesar de la distancia.

A AQUELLOS QUE FUERON MÁS QUE AMIGOS:

MIS CONFIDENTES: Rosa, Claudia; gracias por enseñarme lo que significa la verdadera amistad, estoy segura que ésta amistad que se formó perdurará por siempre en nuestros corazones.

AGRADECIMIENTO

A la **Dra. Mg. Rosario Bedón A.**, por su asesoría y sus consejos en el presente trabajo de investigación. Gracias por enseñarme que cuando uno se esfuerza se puede lograr todo lo que se desea.

Al **Dr. Jairo Vidaurre U.** y al **Dr. Jaime Zamudio Z.**, por su asesoría en todo el transcurso de elaboración del presente trabajo de investigación, gracias por sus consejos y correcciones.

A los todos los Doctores que revisaron mi trabajo de investigación y me apoyaron con sus consejos y puntos de vista.

A la **Facultad de Odontología de la Universidad Científica del Perú**, porque me acogió como un miembro más de la Familia Odontológica, miembros que siempre buscan crecer en todos los ámbitos personal, cultural y espiritual.

A mi Alma Mater la **Universidad Científica del Perú**, que me brindó la oportunidad de estudiar en sus aulas y adquirir nuevos conocimientos.

CONDUNTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL
SOCIOECONÓMICO - CULTURAL DE LOS POBLADORES DEL CENTRO
POBLADO DEL VARILLAL – IQUITOS- 2015

RESUMEN

La presente investigación fue de tipo cualitativo- correlacional-trasversal. Tuvo una población de 738, y de muestra 183 pobladores; a los cuales se les realizó una encuesta (instrumento) de 20 preguntas que fue realizado en el centro poblado del Varillal durante el mes de Agosto-Setiembre. Los resultados fueron los siguientes: Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural en los Pobladores del Varillal ($P= 0,033$). Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y la edad de los Pobladores del Varillal ($P= 0,003$). Existe relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y el género a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe relación significativa ($P=0.045$). Existe relación entre género masculino y tipo de conducta para manejar el dolor dental en 21.7%, los tipos de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los AINES (97.5%). y en la automedicación tradicional los de origen Vegetal o plantas medicinales (68.4%). El medicamento frecuentemente más utilizado en la automedicación farmacológica fue el paracetamol (57.6%), y entre los AINES de menor uso se encuentra : Ibuprofeno (16.9%), Dolocordralan (20,1%) . Finalmente se concluye que la conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica y automedicación tradicional (46.2%,) frente a las demás conductas ante el dolor dental, por lo que se acepta la hipótesis planteada.

Palabras Clave: Conducta, Automedicación, dolor dentario.

ABSTRACT

It is a type research qualitative-correlational-transversal. It had a population of 738, 183 inhabitants and shows; to which he conducted a survey (instrument) of 20 questions was conducted in the town center Varillal since September- October. The results were as follows: There is a significant relationship between behavior before dental pain and socio-economic-cultural level of the people of Varillal ($P = 0.033$). There is a significant relationship between behavior before dental pain and age of the residents of the district Varillal ($P = 0.003$). There is a relationship between the type of conduct before dental pain and gender through the chi square test concluded that there is significant ($P = 0.045$). There is a relationship between male gender and type of conduct to manage dental pain 21.7%. The type most commonly used in drug self-medication drugs were NSAIDs (97.5%), and traditional plant-based self-medication or the medicinal plants (68.4%). The drug often used in self-medication drug was paracetamol (57.6%), and between the lower NSAID use is: Ibuprofen (16.9%), Dolocordralan (20.1%). Finally we conclude that the conduct most frequent dental pain before the drug was self-medication and traditional self-medication (46.2%) compared to other behaviors in dental pain, so the hypothesis is accepted.

Word keys: behavior, auto medication, toothache.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 12 días del mes de noviembre de 2015, siendo las 6:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 221-2015-FCS-UCP, de fecha 03 de junio del 2015, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

ACULTAD DE CIENCIAS LA SALUD

- Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla (Presidente)
Méd. Jaime Zamudio Zelada (Miembro)
C.D. Jairo Vidaurre Urrelo (Miembro)

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: "CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL EN RELACION AL NIVEL SOCIOECONÓMICO - CULTURAL EN EL CENTRO POBLADO DEL VARILLAL - IQUITOS 2015" de la Bachiller en Estomatología, Heisea Hessiania Yolanda Gonzales Gómez, para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista, que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30270 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma...

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

Table with 5 columns: INDICADOR, EXAMINADOR 1, EXAMINADOR 2, EXAMINADOR 3, PROMEDIO. Rows include application of theory, bibliographic investigation, competency, quality of answers, and final grade (16).

RESULTADO:

APROBADO POR: [Signature]
CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS): [Signature]

LEYENDA:

Legend table with 2 columns: INDICADOR, PUNTAJE. Categories: DESAPROBADO, APROBADO POR MAYORÍA, APROBADO POR UNANIMIDAD, APROBADO POR EXCELENCIA.

[Signature]
Méd. Jaime Zamudio Zelada
Miembro

[Signature]
Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla
Presidente

[Signature]
C.D. Jairo Vidaurre Urrelo
Miembro

La Universidad vive en Ti

SUSTENTACIÓN DE TESIS ASISTIDA

PRESIDENTE



Méd. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla

MIEMBROS



Méd. Jaime Zamudio Zelada.



C.D Mgr. Jairo Vidaurre Urrelo

ASESORA



C.D. Mgr. Rosario del pilar Bedón Ancani

INDICE DE CONTENIDOS.

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAG.</u>
1. INTRODUCCIÓN	pag.7
1.1. antecedentes	pag.8-14
1.2. Problema de Investigación	pag.15-16
1.3. Objetivos	pag.17
2. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL	pag.18
2.1 Marco Teórico	pag.18-44
2.2 Marco Conceptual.	pag.45-46
3. RECURSOS UTILIZADOS	pag.47
4. MÉTODO	pag.48
4.1 Hipótesis	pag.48
4.2 Operacionalización de variable	pag.48-51
4.3 Tipo de Investigación	pag.52
4.4 Población y Muestra	pag.52-53
4.5 Técnicas	pag.54
4.6 Instrumentos de Recolección de datos	pag.54-55
4.7 Ética	pag.55
5. RESULTADOS	pag.56-74
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	pag.75-77
7. CONCLUSIONES	pag.78
8. RECOMENDACIONES	pag.79
9. BIBLIOGRAFIA	pag.80-85
10. ANEXOS	pag.86-91

1. INTRODUCCION

El dolor dentario es uno de los dolores más agudos que se presenta en el ser humano, éste al presentarse de forma impetuosa y sorpresiva hace que el paciente tienda a calmarlo inmediatamente, utilizando diferentes tratamientos, actualmente los medicamentos tradicionales junto con los farmacológicos son los de mayor uso debido a la realidad económica en que se encuentra el país. Por lo general el individuo que lo padece no acude a la consulta profesional (odontólogo) no solo por el costo sino también por la carencia de estos en algunos sectores del interior, especialmente en zonas rurales, llevándolos a utilizar diversos medicamentos recomendados por familiares, farmacias, tiendas y comunidad en general, dejando duda de la eficacia de los mismos.

Es común que el poblador de la selva peruana tienda a tratar sus enfermedades con elementos naturales y tradicionales de origen vegetal (plantas medicinales).

Los pobladores tratan de controlar el dolor dentario de manera inmediata, por lo que se formuló la pregunta ¿qué hacen los pobladores del Varillal ante el dolor dental? pretendiendo conocer los elementos tradicionales y farmacológicos de mayor frecuencia en dicha población, basándonos en diversos aspectos como edad, género, área poblacional, nivel socioeconómico cultural.

A pesar de existir diversas formas de controlar el dolor dental, según los antecedentes revisados se planteó la siguiente hipótesis: La conducta más frecuente ante el dolor dentario de los pobladores del Varillal se basa en la automedicación farmacológica. La automedicación Farmacológica es un problema de Salud Pública, ya que puede ocasionar riesgos y complicaciones en la salud individual, familiar y colectiva. Se debe entender como automedicación Farmacológica a la práctica por medio de la cual los individuos por propia iniciativa, ante la presencia de un síntoma o enfermedad, usan medicamentos sin receta médica. Entre los antecedentes tenemos resaltando los realizados en Chiclayo (Prevalencia 43.9%), en La Independencia - Huaraz (Prevalencia: 64.61%), Otuzco - La Libertad (Prevalencia 47.4%) y Minsa (Prevalencia 55%).

1.1 Antecedentes

- **ELSY M. et al. (2012)**, en Lima realizó un estudio descriptivo transversal. Se entrevistó a 400 gestantes que acudían a control prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. El 10,5% (42 pacientes) se automedican durante la gestación, el 64,6% opinó que la automedicación puede producir malformaciones congénitas a sus bebés. Los medicamentos consumidos por las gestantes estuvieron en categoría A y B de la clasificación de la Administración de Alimentos y medicamentos de EUA (FDA); principalmente, consumieron paracetamol (47,6%) y amoxicilina (16,7%).¹⁹
- **VERA ROMERO et al. (2011)**, en Lambayeque realizó un estudio en jóvenes entre 16 – 28 años de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque donde el 10,7% reportó haber solicitado la receta médica antes de su compra y el 77,9% refirió tener familiares que se automedican y que reconocen que son fuentes de influencia muy importantes para adoptar esta conducta. El principal motivo inmediato fue el factor económico (ahorrar una consulta) con el uso de una prescripción médica anterior (38,6%), seguido de los consejos o recomendaciones de un amigo(a) (21,1%), o de un farmacéutico (11,7%), enfermera o técnico en salud (6,2%).⁶⁵
- **PARI (2011)**, en Juliaca- Puno realizó una encuesta a 383 personas mayores de 18 años sobre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural observó mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel socioeconómico-cultural bajo (26.4%) y medio (15.4%). Se encontró mayores porcentajes de automedicación tradicional en el nivel socioeconómico bajo (12.3%), automedicación farmacológica dentro del rango de 18-30 años (27.7%) y en el área urbana (36.0%). Se encontró que el tipo de medicamentos frecuentemente utilizados en la medicación farmacológica son los AINES (48.6%).⁵⁵
- **MORILLO ORTEGA (2010)**, en Ecuador realizó un estudio descriptivo y transversal bajo una encuesta en 218 estudiantes de la Escuela de Enfermería de los distintos semestres. Se concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 88% y la mayor parte de los

estudiados tienen conocimiento sobre diferentes fármacos durante la formación académica. Se obtuvo que el 27% consumen medicamentos por los conocimientos adquiridos durante su formación, el 14% en la farmacia, y en menor proporción influyen los medios de comunicación y las amistades 35.2%. Un 61% adquieren los medicamentos en las farmacias, y el 7% consumen medicamentos que hayan quedado como excedente de una enfermedad anterior.⁴⁶

- **PARIS A.S. (2009)** en Valencia realizó un estudio descriptivo, retro prospectivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la proporción de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en la población mayores de 18 años de la comunidad valenciana durante febrero del 2009. La muestra de estudio fue 200 personas mayores de 18 años de los distintos estratos socioeconómicos, distintas edades y sexo. Se concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 80% y la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio. Del total de la muestra un 40.5% (81) fueron varones y 59.5 % (119) mujeres. El 35,6% pertenecieron al grupo etáreo de 18- 28 años se automedican con más frecuencia que el resto. Respecto al sexo no existen diferencias significativas que permitan concluir quien se automedican más, si los varones o las mujeres.⁵⁶

- **LÓPEZ J. et al (2009)** en Colombia realizaron un estudio en una muestra de 453 personas encontrando automedicación farmacológica en un 27,3 %. La afiliación al Sistema de beneficiarios de la Seguridad Social en Salud está asociado con ésta conducta. No se encontró asociación con otras variables. Los medicamentos más consumidos por automedicación son analgésicos (59,3%), antigripales (13,5 %) y vitaminas (6,8 %). Los principales problemas por los cuales las personas se automedican son dolor, fiebre y gripa. Las principales razones que se mencionan para no asistir al médico son falta de tiempo (40 %) y recursos económicos (43 %), además de otros argumentos como la percepción de que el problema es leve y la congestión en los servicios de urgencia.³⁷

- **GÓMEZ O. M. et al. (2009)** en Toluca-México realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y los factores que predisponen a la automedicación en la población. Mediante un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, se analizaron las adquisiciones de medicamentos en la farmacia. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario, que refería información de características sociodemográficas Económicas, cobertura del sistema sanitario y de automedicación. Se encuestó a 377 usuarios, de los cuales 303 practicaron la automedicación, representando el 80.4% de la población estudiada. Los resultados mostraron un mayor porcentaje de automedicación en: mujeres (61.1%) en el análisis multivariado se demostró que existía una asociación entre el sexo femenino y la automedicación ($p < 0.05$), población adulta y en sujetos con menor acceso a servicios sanitarios. Los medicamentos que más se consumieron fueron: analgésicos. Respecto a los productos ingeridos para curar enfermedades destacan el uso de medicamentos alopáticos, pero también gran proporción los productos herbolarios (45.8%) ($p < 0.05$). Con este estudio se determinaron los grupos prioritarios a los que se deben dirigir programas de educación sanitaria, para mejorar la calidad de la automedicación. ⁴⁴
- **AGUEDO (2008)** en La Independencia - Huaraz realizó una encuesta a 400 personas mayores de 18 años sobre la automedicación para el manejo del dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural encontrando una relación inversamente proporcional entre éstas variables. Se observó una mayor prevalencia de automedicación farmacológica (64.61%) y en menor porcentaje de automedicación tradicional (11.68%). Encontrándose un mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el rango de edad 18-30 años (29%), en el género femenino (37.14%), en el área Urbana (57.25%), así como también en los nivel socioeconómico cultural bajo (30.93%) y medio (15.50%), mientras que la automedicación tradicional prevaleció en el nivel socioeconómico cultural muy bajo (6.19%). Los medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los AINES (49.25%) y en la automedicación tradicional fueron las plantas medicinales (15.50%).

La persona que aconsejó con mayor frecuencia la toma del

medicamentos fue el farmacéutico (36.80%).²

- **HOURS P. J.E et al. (2007)** en España realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer el patrón de utilización de analgésicos para dolores ocasionales, desde las farmacias comunitarias, así como su dosificación, satisfacción, tolerabilidad y el perfil del paciente que los consume. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y comparativo, llevado a cabo en farmacias de la comunidad Autónoma de Madrid. Los resultados obtenidos fueron que: 53 farmacéuticos comunitarios reclutaron un total de 1.010 pacientes. Un 73,5% de los pacientes (n=704) eran mujeres y la media de edad obtenida fue de 41,6 años (desviación estándar de 14,8). El ibuprofeno fue la más dispensada (40,5%). Un 78,9% de los pacientes solicitaron el analgésico por automedicación. Los trastornos dolorosos más frecuentes fueron el dolor de cabeza (39%), la dismenorrea (14,6%) y el dolor muscular (14,4%); el dolor dental fue el trastorno para el que se solicitó mayor indicación farmacéutica (37,1%).³⁰
- **GONZÁLEZ A. M et al. (2006)** en España realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la proporción de automedicación con AINES entre los usuarios de dos consultas de atención primaria en las dos últimas semanas, y describir características de dicha automedicación: si existían diferencias por edad y género, si eran fármacos de venta libre, el motivo por el cual se auto medicaron y el conocimiento que tenían de las reacciones adversas. El estudio fue descriptivo observacional. Sujetos: 428 usuarios de dos consultas del equipo de atención primaria. La recolección de datos se realizó en un cuestionario. Las variables de estudio fueron: existencia de automedicación, edad, género, tipo de AINE, motivo para la toma y conocimiento de reacciones adversas medicamentosas. Consideraron válidos el 56% de los cuestionarios (240). En los resultados se encontró automedicación farmacológica en un 42,1% de los usuarios. No se encontraron diferencias con respecto a género. Tomaron solo ácido acetil salicílico el 43% siendo el fármaco más utilizado.²⁵

- **MUZA C. (2006)** en Chile realizó una investigación cuyo objetivo fue dar a conocer las causas de las extracciones dentales en el Servicio de Emergencia Dental, Hospital Rancagua. Durante 1 año se registraron todas las extracciones dentales realizadas en este servicio. Se registraron datos por cada extracción realizada. Se anotó la edad, género del paciente, y la causa de la exodoncia. Se determinó que el tratamiento definitivo fue la extracción dental 46.5% y como motivo predominante para buscar ayuda en el servicio de emergencia fue dolor dental (68.2%).⁴⁸

- **TELLO V. et al. (2005)** en Chiclayo realizó un estudio descriptivo, retro prospectivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la proporción de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en la población mayores de 18 años del distrito de Chiclayo durante marzo del 2005. La muestra de estudio fue 371 personas de los distintos niveles socioeconómicos del distrito de Chiclayo. En la distribución porcentual de actitud para solucionar una enfermedad según ingresos económicos se observó que el mayor porcentaje de los que se automedican perciben un ingreso familiar menor de s/. 500. La proporción de personas que se automedican en la población estudiada fue de 43,9%. Se determinó que el medicamento más usado por las personas que se automedican pertenece al grupo de los AINES (56,44%), seguido por el grupo de los antibióticos (27,61%). La distribución porcentual de la actitud para solucionar una enfermedad se encontró en mayor porcentaje (35.6%) en el grupo etáreo de 18-28 años y en el género femenino 65.6%. La persona que aconsejó con mayor frecuencia la automedicación fue el farmacéutico (50,92%).⁴⁸

- **AGUADO M. (2005)** en Argentina determinó de un total de 216 personas en estudio, el 88,5% de los encuestados empleó entre 1 y 3 medicamentos, dándose este hecho con mayor frecuencia en la población estudiantil femenina. Las enfermedades o síntomas que motivaron la automedicación en el 83% de los estudiantes fueron dolores y síntomas gripales.¹

- **MAGALDI L. (2004)** en Venezuela realizó su trabajo de investigación sobre eventos adversos más frecuentes asociados al uso de fármacos, reportó de un total de 657 alumnos en estudio, el 81% de los estudiantes mencionaron practicar la automedicación con edades comprendidas entre 17 y 28 años de la escuela de enfermería de la Universidad Central de Venezuela.⁴⁰

- **ALARCÓN F. (2002)** en Ayacucho, en su tesis, determinó que 215 personas se automedican. Los fármacos más utilizados son los analgésicos 36.9%, seguido de los fármacos de aplicación tópica con 32.3%, luego los antibióticos en un 17.8%. Finalmente son la mujeres que se automedican en su mayoría 38% y recibieron información a través de la televisión en un 40%.

- **NUÑEZ (2002)** en Otuzco-La Libertad realizó una encuesta a 397 personas mayores de edad aparentemente sanas sobre el manejo del dolor dentario, encontrando que el 47,4% utiliza la automedicación farmacológica, el 29.2% utiliza la automedicación tradicional, sólo el 18,1% acude a un profesional de la salud y un 5.3% no utiliza nada para el dolor dentario. El medicamento fue obtenido en mayor porcentaje de la farmacia o tienda en un 32,5%. No hay relación entre el género y el manejo del dolor dental.
Tanto el poblador de la zona urbana como el de la zona rural utilizan la automedicación Farmacológica en un mayor porcentaje. No hay relación entre el área poblacional y la conducta para controlar el dolor dental.⁵⁰

- **ERNESTO et al. (2001)** en Colombia realizaron una investigación cuyo objetivo fue explorar las causas de la pérdida dental relacionados con el desarrollo de la comunidad, costumbres, hábitos, educación y experiencias de atención a través de la experiencia vivida por adultos mayores, describió la relación entre los factores socioculturales con la pérdida dental. Se recolectó la información mediante entrevistas informales, no estructuradas, e individuales. Se concluyó que el dolor dental es la principal causa de pérdida dental en los adultos mayores 63%

No hay preocupación por la enfermedad bucal, sino por la presencia del dolor dental. Entre muchos intentos por curar las piezas dentarias y prevenir las enfermedades bucales, ha existido desde épocas remotas un tratamiento definitivo: la extracción dental 40%. La influencia familiar y el dolor dental difundieron un pensamiento por generaciones "Sacarse los dientes es lo mejor".²¹

1.2 Problema de Investigación.

1.2.1 Descripción del problema

El dolor dental es el síntoma más frecuente que lleva al paciente a buscar tratamiento odontológico para su alivio. Los pacientes realizan diferentes conductas para controlar el dolor dental en lugar de acudir al odontólogo, una de las principales conductas ante el dolor dental es la automedicación, esto debido a que las personas en su gran mayoría no visitan los servicios odontológicos para tratamientos preventivos o restauradores, sino que manejan el dolor por medio del consumo de medicamentos o la utilización de sustancias naturales con propiedades curativas. En muchos casos las personas toleran el dolor o acuden al odontólogo con la idea de extraer la pieza afectada, esto se debe a problemas sociales, culturales y económicos.

La automedicación es un problema de Salud Pública, ya que puede ocasionar riesgos y complicaciones en la salud individual, familiar y colectiva; dicho problema ha llevado a la población a tomar diferentes conductas como las costumbres ancestrales de auto medicarse con medicamentos naturales fabricados con yerbas, raíces y frutos que fueron enseñados por sus antepasados.

Según estudios del MINSA la prevalencia de automedicación en el Perú es del 55% aproximadamente. (Estadística de la página web del Ministerio de Salud)

La escasez del personal de salud en estas zonas es lo que origina una falta de educación en salud oral lo que podría traducirse en una pérdida prematura de las piezas dentarias tanto en niños como en adultos.

En mi experiencia como interna de odontoestomatología en el hospital "María Auxiliadora", he podido observar que hay gran prevalencia de pacientes que se auto medicaban para controlar el dolor en primera instancia y posteriormente acudían al servicio odontoestomatológico para realizarse el tratamiento de exodoncia. No contaban con un nivel económico suficiente para realizarse un tratamiento de endodoncia por el alto costo ya que su seguro no lo cubría optaban por el tratamiento que solucionaba sus problemas en ese instante.

El nivel socioeconómico y cultural es un conjunto de factores que influyen en la conducta ante el dolor dental sobre todo en los pobladores del Varillal donde la

Población no cuenta con recursos económicos para realizarse una adecuada atención odontológica.

A pesar de existir diversas formas de controlar el dolor dental, los pobladores del Varillal que se encuentra ubicado en el km 14 de la carretera Iquitos –Nauta, utilizan la automedicación farmacológica en primera instancia. Ya que a pesar que cuentan con un establecimiento de salud, no tienen accesibilidad a una atención odontológica; porque dicho establecimiento no cuenta con esa área.

1.2.2 Problema General

¿Cuál es la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural en el centro poblado del Varillal -Iquitos- 2015?.

1.2.3 Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel sociodemográfico en los pobladores del Varillal - Iquitos- 2015?.
- ¿Cuál es la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental de los pobladores del Varillal -Iquitos- 2015?.
- ¿Cuál es la relación de la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural en el centro poblado del Varillal - Iquitos- 2015?.
- ¿Cuál es el nivel socioeconómico- cultural en los pobladores del Varillal – Iquitos- 2015?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Conocer la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico - cultural en el centro poblado del Varillal -Iquitos- 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas en los pobladores del Varillal - Iquitos- 2015.
- Identificar la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental de los pobladores del Varillal -Iquitos- 2015.
- Relacionar la conducta de mayor prevalencia ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural en el centro poblado del Varillal -Iquitos- 2015.
- Identificar el nivel socioeconómico- cultural de los pobladores del Varillal- Iquitos- 2015.

2. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.

2.1 Marco teórico.

DOLOR DENTAL.- El dolor dental es el síntoma más frecuente que lleva al paciente a buscar tratamiento odontológico para su alivio.

La asociación internacional para el estudio del dolor (AIED) lo define como "experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño real o potencial de los tejidos y descrito en términos semejantes a como si ese daño existiera". Esta definición plantea que la sensación dolorosa es un estado afectivo, una experiencia emocional y no sólo la mera percepción de un estímulo sensorial.⁵⁴

El dolor tiene una gran importancia biológica porque sirve como mecanismo corporal defensivo al avisar de un peligro anatómico y funcional. Es una modalidad sensorial cuyo estímulo adecuado no corresponde con una forma específica de energía, ya que cualquier tipo de estimulación, si es lo suficientemente intensa para producir daño tisular, provoca dolor.

En las urgencias el odontólogo se enfrenta principalmente con dolores agudos generados a partir de estructuras dentarias o en tejidos adyacentes. Pero también son frecuentes los dolores crónicos craneofaciales, los cuales son de larga evolución y muy rebeldes al tratamiento.⁵⁷

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

- Lesiones de tipo infeccioso, son producidas por bacterias, virus u hongos causantes de gingivitis, estomatitis, coronaritis, alveolitis, pulpitis, periodontitis, abscesos dentoalveolares y ulceraciones de diversa índole.
- Lesiones de tipo traumático, sea de tipo accidental como los traumatismos mecánicos o aquellos que son consecuencia de intervenciones odontológicas de tipo invasivo como exodoncias, prótesis, o cirugía odontológica diversa. Lesiones autoinmunes, son menos frecuentes, generalmente comprometen todo el cuerpo, pero que tienen repercusión en la cavidad bucal, como la esclerodermia que causa

retracciones gingivales o la dermatomiositis que causa queilitis retráctil, y lesiones subgingivales.

- Lesiones de tipo carencial, como las avitaminosis principalmente por déficit de vitamina e y del complejo B que predisponen a lesiones inflamatorias e infecciones.⁵⁴

2. NOCICEPTORES.- Las terminaciones nerviosas que detectan las noxas (daños) son denominadas nociceptores (noxa=daño, ceptor= receptor), los cuales son de diversos tipos en cuanto a su estructura y a la velocidad de conducción del impulso nervioso. La existencia de nociceptores con diferente velocidad de conducción hace que el dolor se perciba en forma bifásica, es decir un momento en que se percibe el dolor en forma rápida, seguido de uno de percepción dolorosa más lenta.

Son los receptores especializados en la detección de estímulos nocivos. Morfológicamente son terminaciones nerviosas libres de fibras A δ (mielínicas) y C (amielínicas) que funcionan como transductores biológicos. Sus cuerpos celulares de origen se localizan en los ganglios de la raíz dorsal (GRD) o en los ganglios sensoriales de los pares craneanos correspondientes, y se conocen como neuronas de primer orden o aferentes primarios, de la vía nociceptiva.

Las fibras A δ poseen un diámetro de 1 a 5 mm y una velocidad de conducción de 5 a 30 m/seg. Las fibras C tienen un diámetro de 0,5 a 2 mm y una velocidad de conducción de 1 a 2,5 m/seg. Cuando se produce una lesión superficial en la piel, se perciben dos clases de dolores: uno inicial, rápido, de corta duración, bien localizado, debido a la actividad de las fibras A δ , llamado dolor primario y, otro, de aparición más tardía, lento, persistente y difuso, debido a la actividad de las fibras C, llamado dolor secundario.⁵⁴

3. TIPOS DE DOLOR.- Se han realizado diversas clasificaciones del dolor teniendo en cuenta la evolución cronológica podemos definir dos modalidades básicas:

- a) **Dolor agudo (<3 meses):** 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 δ). 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.

b) **Dolor crónico (>3 meses):** 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.⁵⁴

4. **DIMENSIONES CLÍNICAS DEL DOLOR:** El dolor es una percepción que posee varias dimensiones: duración, intensidad, localización, características y percepción.^{54,16,29}

4.1 DURACIÓN.- Es el tiempo durante el cual se percibe el dolor. Este puede ser continuo o intermitente. En clínica se ha convenido en denominar al dolor, de acuerdo con su duración, como agudo (menos de 3 meses) y crónico (más de 3 meses).

4.2 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, por ejemplo la escala visual analógica (EVA). En esta, la intensidad del dolor es determinada por el mismo paciente sobre una línea recta cuyos dos extremos están marcados 0 y 10. El número 0 indica ausencia del dolor y el 10 describe al dolor más intenso que el sujeto pueda imaginar.

Intensidad del dolor EVA: Sin dolor 0 _____ 10 Máximo dolor

4.3 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.

4.4 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.⁶⁸

5. FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR

La importancia fisiológica del dolor es que tiene un significado biológico de preservación de la integridad del individuo, es un mecanismo de protección que aparece cada vez que hay una lesión aguda en cualquier lugar del organismo, capaz de producir una rápida reacción del sujeto para eliminar el estímulo doloroso. Por estas razones instintivas, los estímulos de carácter doloroso son capaces de activar a todo el cerebro en su totalidad poniendo en marcha potentes mecanismos encaminados a una reacción de huida, de retirada, evitación y/o búsqueda de ayuda para aliviarlo.²⁶

6. PROCESOS FISIOLÓGICOS DEL DOLOR:^{54,16,29}

- a. **Transducción:** proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en potencial de acción.
- b. **Transmisión:** propagación del impulso nervioso hasta los niveles sensoriales del SNC.
- c. **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 también a otros niveles (periférico).
- d. **Percepción:** proceso final en que los tres primeros, interactuando con una serie de otros fenómenos individuales, crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor.

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

o realidad. El entorno social modifica la respuesta y la persona influye, igualmente, en el entorno en el que se encuentra y por el que está rodeado.²⁰

7.1 TIPOS DE CONDUCTA:

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

b) **Conducta aprendida.-** El aprendizaje es la modificación de la conducta estereotipada o adquisición de nuevos tipos de conducta. Los criterios para distinguir la conducta aprendida de las modificaciones de la estereotipada:

- el aprendizaje debe ser permanente
- no será alteración permanente en la conducta.

El hábito es el método más sencillo de aprendizaje, es la eliminación completa de la conducta estereotipada como resultado de un estímulo repetido.

c) **Conducta compleja.-** El razonamiento es la facultad de utilizar experiencias pasadas, con deducción lógica, para resolver problemas nuevos más o menos complicados.

7.2 CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL.

Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano que resultan visibles y plausibles de ser observados por otros para controlar y/o manejar el dolor dental²². Son todas las acciones que los sujetos llevan a cabo con el fin de obtener un diagnóstico y/o tratamiento para el dolor dental.³⁶

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

En el dolor interactúan factores biológicos que determinan su localización, duración e intensidad; factores psicológicos que están asociados a la conducta ante el dolor y factores sociales que implican la percepción y significado que el individuo le adjudica a su dolor. Todas estas características establecen el marco que dan lugar a las acciones que los sujetos llevan a cabo con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento para su malestar. Estas prácticas que están comprendidas en el proceso que se conoce como “conducta de búsqueda de atención” o “Conducta de enfermedad”- comienzan con la percepción de cambios corporales, la interpretación y creencias respecto de los síntomas, la búsqueda de ayuda, y concluyen con la obtención de diagnóstico y una prescripción terapéutica.

En la conducta de búsqueda de atención, los individuos se enfrentan a diversos sistemas o sectores de atención a la salud, cada uno de los cuales le ofrece una forma propia de explicar, diagnosticar y tratar la enfermedad. Según la clasificación de Helman existen 3 sectores de atención ante un dolor: Popular, tradicional y profesional.

➤ **SECTOR POPULAR.-** Es un ámbito secular, no profesional, de la sociedad- el individuo lleva a cabo prácticas:

- Automedicación
- Utilización de remedios caseros
- “no hacer nada”

Estas prácticas se circunscriben al ámbito del hogar y que pueden ser recomendaciones brindadas por un amigo o un familiar; en general no

implican el pago de servicio a una persona capacitada para este fin.

➤ **SECTOR TRADICIONAL.-** Por otro lado en el sector tradicional, los individuos encuentran algún tipo de curación sacra o secular brindada por personas entrenadas de manera formal o informal, como:

- Curanderos.
- Naturistas.
- Yerberos.
- Hueseros
- Otros.

En apariencia, este tipo de atención ofrece varias ventajas:

- Se comparte la visión del mundo (entre ambas partes).
- Cercanía
- Calidez
- Informalidad
- Utilización de un lenguaje Coloquial

➤ **SECTOR PROFESIONAL.-** El sector profesional los individuos interactúan con instituciones de atención a la salud organizadas y sancionadas de manera legal, por lo común bajo un modelo occidental de atención a la salud.

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

Se considera que la utilización de otras formas que no sean en el sector profesional se debe a la falta de recursos económicos y no una expresión

de las preferencias de los individuos o una forma de rechazo al conocimiento (conocimiento médico con validación científica).

7.3 TIPOS DE CONDUCTAS ANTE EL DOLOR DENTAL:

a) AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA.

Se entiende por automedicación (AU) aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).³⁵

El concepto de AU ha variado a lo largo del tiempo, no sólo se consideran a los medicamentos de uso “sin receta”, sino también los medicamentos “de prescripción con receta” (recomendados por otras personas o que el paciente recuerde de tratamientos anteriores), siendo éste concepto más amplio, el más aceptado en la actualidad por los distintos autores.¹¹

La AU constituye una decisión del propio paciente, a veces aconsejado por amigos o familiares u otro tipo de informaciones, tomada en función de la gravedad de la enfermedad²⁴ y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico, o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario.

b) FACTOR SOCIO- ECONÓMICO CULTURAL Y LA AUTOMEDICACIÓN.

Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, destacando los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una alternativa para la solución de nuestros problemas de salud basados en su propia experiencia⁵. También influye el bajo nivel de instrucción de personas especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación²⁶. Dentro de los factores económicos que influyen en la automedicación destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los

servicios de salud lo cual se traduce en la falta de prescripción por un profesional capacitado³.

Dentro de los factores culturales influyen la falta de acceso y escasa disponibilidad de información lo que permite a las empresas farmacéuticas difundir información sesgada que incita a la población al consumo de fármacos supuestamente muy seguros, esto además se une a la deficiente educación sanitaria con la que contamos.²³

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

La implantación de la AU y su influencia sobre los sistemas sanitarios ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, favorecida por factores tales como: aumento del número de medicamentos disponibles sin receta, mejor educación sanitaria sobre medicamentos, facilidad de acceso de la población a la información - fomentada por el desarrollo de nuevas tecnologías y sistemas de información, profusión de publicaciones, influencia informativa de la industria farmacéutica; y por intereses de reducción de los costos sanitarios, así como por el hecho de considerar innecesaria la asistencia médica para el tratamiento de dolencias menores³⁵. El aumento de la práctica de AU entre la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, es esencial que dicha información se adecue al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida; y podría evitar la mayoría de los riesgos de la AU. El farmacéutico a menudo constituye la única vía de información del paciente que se automedican, por lo que su intervención es esencial para que la AU se realice de forma racional segura y eficaz, así como para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

c) RIESGOS DE LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA.

Durante mucho tiempo, se ha considerado a la AU como una de las formas de uso irracional de los medicamentos, al constituir una terapéutica no controlada, que no permite un seguimiento del tratamiento de los pacientes, y que puede conllevar numerosos riesgos tales como:

- * Información errónea, insuficiente o no comprensible de los medicamentos y sus características por parte de los pacientes.
- * Elección incorrecta de los medicamentos, por un autodiagnóstico equivocado o bien por una identificación errónea.
- * Uso o administración incorrectos: dosis, vía, duración, conservación, etc.; y riesgo de abuso o dependencia.
- * Aparición de reacciones adversas o interacciones o utilización de asociaciones inadecuadas que podrían ser especialmente peligrosas en ancianos, niños, embarazadas y ciertos grupos de riesgo.
- * Retraso en la asistencia médica apropiada, en los casos en que ésta sea realmente necesaria.³⁵

d) COMPLICACIONES DE LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA

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

➤ **AINES.-** El tratamiento no supervisado del dolor se ha complicado cuando se consume AINES. Dentro de sus:

-Hemorragia Digestiva Alta (HDA).- Se ha detectado una alta incidencia de aproximadamente 650 casos por 100000 habitantes por año, de los cuales el 40% son atribuibles al uso excesivo de ácido acetil salicílico y otros AINES. Esto ocurre por disminución de las prostaglandinas I₂ y E₂, así mismo prolongan el tiempo de hemorragia por disminución de la producción de tromboxano-A₂ en las plaquetas, prolongan el tiempo de gestación y de hemorragia posparto por disminución de las prostaglandinas E y F y se conoce que las mezclas analgésicas pueden ocasionar cuadros de nefritis intersticial.¹⁷

- Insuficiencia renal.- Uno de las complicaciones del uso habitual de analgésicos simples es la nefritis intersticial. Se estima que el 11% de todos los casos de insuficiencia renal terminal cuya inciden 27

alrededor de 110 nuevos casos por 1000000 habitantes es atribuido al consumo de analgésicos.

- Enfermedad Hepática.- El abuso crónico de paracetamol como analgésico puede resultar muy perjudicial para la salud. Ya que produce insuficiencia hepática que muchas veces resulta mortal
- Síndrome de Reye. Es un proceso grave que afecta al hígado y cerebro, se presenta por el uso indiscriminado del ácido acetil salicílico (aspirina).
- Cualquier analgésico, como medicamento que es, debe ser administrado bajo control y supervisión.

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

- **ANTIBIÓTICOS.-** Las infecciones odontogénicas son una patología frecuente en la consulta odontológica. Se definen como enfermedades de origen infeccioso que afectan las funciones del sistema estomatognático y que dependiendo de su gravedad, pueden inducir en el huésped el compromiso de órganos vitales por diseminación directa llevando a procesos crónicos e inclusive a la muerte.

De acuerdo a la clasificación de los antibióticos según su estructura química encontramos diferentes grupos, como: Sulfamidas, penicilinas, cefalosporinas, amino glucósidos, tetraciclinas, cloranfenicol y macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina). Sin embargo cabe señalar que existen estudios que refieren un uso desmesurado de antibióticos por parte de odontólogos para las afecciones bucales, algunos afirman esto debido a que en Odontología "el uso de antibióticos con carácter preventivo no tiene pautas establecidas, sino que depende del ojo del facultativo y de que si se quiere asumir riesgos o no".²

Dentro de los antibióticos destacan las penicilinas que si bien es c

poseen menor toxicidad de todos los antibióticos, su gran utilización hace que la aparición de reacciones adversas sea relativamente frecuente; dentro de éstas destacan reacciones de hipersensibilidad: reacción anafiláctica, edema angioneurótico, fiebre medicamentosa, erupciones cutáneas, la enfermedad del suero, nefritis intersticial y trastornos hemáticos. Así mismo existen reacciones cruzadas por la cual las personas alérgicas a un tipo de penicilina pueden serlo también a cefalosporinas e Imipenem.⁴

- **OTROS MEDICAMENTOS.-** Cualquier medicamento pueden tener un potencial de mal uso. Los medicamentos de venta libre tienen unas características de menor riesgo que fueron definidas en el año 1986 por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud deben ser eficaces sobre los síntomas que motivan su empleo; han de ser fiables para dar una respuesta consistente y suficientemente rápida; deben ser seguros ya que deben emplearse en situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil y, por supuesto, su empleo debe ser fácil y cómodo para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales. Además, deben tener un amplio margen terapéutico, lo que quiere decir que los errores en la dosificación no deben tener repercusiones graves. Asimismo, se recomienda que el prospecto contenga especificadas las situaciones donde se deberá consultar a un médico. Bajo estas condiciones los medicamentos de venta libre pueden permitir una automedicación correcta.

CLASIFICACIÓN DE ANALGÉSICOS NO OPIÁCEOS Y OPIÁCEOS.

CLASIFICACIÓN DE ANALGÉSICOS ODONTOLÓGICOS			
<i>No opiáceos</i>		<i>Opiáceos</i>	
Medicamento	Presentación	Medicamento	Presentación
Paracetamol	Tabletas 500mg Solución 10% (1 gota = 5mg) Suspensión de 150, 300, 600 mg	Codeína+ Paracetamol	Jarabe 1 ml = 2,4 mg
Ketorolaco	comprimidos 10, 20 mg ampollas 15,30,60 mg	Tramadol	Comprimidos 50 mg Ampollas de 50-100 mg
Diclofenaco	comprimidos 50mg ampollas 75mg		
Ibuprofeno	comprimidos 200-400mg ampollas 15,30 y 60mg jarabe 1 ml = 20mg		
Naproxeno	comprimidos 250-550mg		

TABLA 1

8. AUTOMEDICACION EN EL PERÚ

Actualmente se debe destacar que lamentablemente en nuestro país la publicidad influye en el odontólogo y lo induce a tratar cualquier infección banal con un antibiótico de amplio espectro más costoso cuyo uso debería preservarse a infecciones severas en un intento de preservar su efectividad y evitar el desarrollo de resistencia. De esto se destaca que en nuestros días los medios de comunicación como la radio y la televisión influyen en sumo grado en la toma de decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia lo que facilita que existan altas tasas de prevalencia de automedicación en nuestro país, como lo demuestran varios estudios hechos en el Perú:

- López R. (1990) realizó un estudio en cuatro ciudades peruanas encontrando un prevalencia de 58%.³⁸
- Nebot R. y Llauger G., realizaron un estudio en Lima durante el periodo de Mayo- Junio de 1992, donde encontraron una prevalencia del 42%.⁴⁹
- French C. en 1997 en una encuesta telefónica a asegurados en el IPSS de Lima en personas de todas las edades encontró una frecuencia del 43,89%.²³
- Montalvo C. realizó un estudio en 1999 en sectores urbano- marginales de la ciudad de Chiclayo donde encontró una prevalencia de 39,78%.⁴⁷

Estas tasas de automedicación son preocupantes puesto que las consecuencias pueden ser importantes como enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, y fomentar de la drogodependencia.³¹

9. AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL⁴³

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

9.1 MEDICINA TRADICIONAL Y PLANTAS MEDICINALES.- En términos generales, se entiende por medicina tradicional como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede

considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral.⁴¹

La medicina tradicional se viene utilizando desde hace miles de años, y sus practicantes han contribuido enormemente a la salud humana, en particular como proveedores de atención primaria de salud al nivel de la comunidad.

La medicina tradicional ha mantenido su popularidad en todo el mundo. A partir del decenio de 1990 se ha constatado un resurgimiento de su utilización en muchos países desarrollados y en desarrollo (OMS). Es un sistema, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica.⁴³

En Sudamérica, se sabe que aproximadamente 70% de la población chilena y 40% de la población colombiana utilizan medicina tradicional³⁷. En el caso peruano, un estudio ejecutado en un hospital de Lima de cuarto nivel encontró que cerca de 70% de pacientes utilizó alguna medicina tradicional³⁸. Una investigación realizada en los años 1980, en barrios marginales de Lima, encontró que 57% de los encuestados manifestaba una disposición favorable hacia la medicina tradicional.²

Se consideran plantas medicinales a aquellas especies vegetales cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas empírica o científicamente en beneficio de la salud humana.²⁰ Desde hace miles de años las plantas han sido un recurso terapéutico útil a los hombres de todas las culturas para curar o tratar cualquier tipo de enfermedad o dolencia. Se cree que existen alrededor de 500,000 especies vegetales en nuestro planeta, del cual un muy pequeño porcentaje (no mayor al 10%) se usan como alimento, tanto por el hombre como para los animales y un número mayor se usan para propósitos medicinales.²¹

La medicina tradicional es fruto de miles de años de acumulación de conocimientos empíricos, muchos de ellos estrechamente vinculados a mitos y prácticas religiosas. Acorde a dicha naturaleza, la medicina

tradicional es extremadamente dinámica e incorpora a su modelo elementos de otras prácticas, culturas o medicinas. Se van enriqueciendo constantemente de los aportes ajenos y de sus propios descubrimientos. Sobre el particular existieron durante el coloniaje, procesos de incorporación de elementos de la medicina europea y muchas plantas medicinales usadas actualmente por los curanderos americanos, es el caso de las muy conocidas verbena, llantén, manzanilla, cola de caballo⁴⁹.

El biólogo Doménico Carotenuto⁶⁶, refiere que las plantas medicinales contribuyen al fortalecimiento de los programas de salud, y también a la economía del país, en la medida de que hay diferentes formas en que se las aprovechan: como materia prima, como extractos alcohólicos o acuosos, en forma semipurificada o también como sustancias puras o semisintéticas.

En el reconocimiento del potencial valor de la medicina tradicional y la utilización de las plantas medicinales en la salud pública, la OMS, mediante la resolución WHA 331.33 (1978) reconoció la importancia de las plantas medicinales en el cuidado de la salud y recomendó a los Estados Miembros a elaborar:

- I).- Un inventario y clasificación terapéutica, actualizadas periódicamente de plantas usadas en los diferentes países,
- II).- Criterios científicos y métodos para asegurar la calidad de las preparaciones con plantas medicinales y su eficacia en el tratamiento de enfermedades,
- III).- Estándares internacionales y especificaciones de identidad, pureza, potencia y buenas prácticas de fabricación,
- IV).- Métodos para el uso seguro y efectivo de productos fitoterapéuticos por diferentes profesionales de la salud,
- V).- Diseminación de la información a los Estados Miembros,
- VI).- Designación de Centros de Investigación y Capacitación para el estudio de plantas medicinales.

9.2 PLANTAS MEDICINALES USADAS EN LA AMAZONIA PERUANA

La medicina tradicional, una de las expresiones más importantes de la memoria ancestral de los pueblos amazónicos, hace uso, entre otras prácticas,

- **AYASISA:**
 - Fruto* **Analgésico:** se toma la infusión de los frutos
- **CAÑA BRAVA:**
 - Raíz* **Abscesos:** El cogollo, rallado, se aplica directamente sobre los abscesos.
- **COPAIBA:**
 - Aceite* **Úlceras:** Para tratar las úlceras estomacales, tomar cinco gotas de aceite, diluida en una cucharada de agua tibia, en ayunas, durante siete Días.
 - Herpes:** una mezcla, en partes iguales, del aceite de copaiba con el de andiroba, se aplica sobre la zona afectada, dejando por 30 minutos. Aplicar dos veces al día.
- **CORDOCILLO:**
 - Hojas* **Úlceras:** las hojas secas se trituran; el polvo se aplica directamente en la piel.
 - Herpes:** se utiliza el zumo de las hojas en aplicación directa sobre las heridas de la boca.
- **COTOCHUPA:**
 - Rizomas* **Paperas y abscesos:** se machacan o se raspan los rizomas y se aplica sobre la zona afectada.
- **GUAYABA:**
 - Hojas* **Odontalgias:** se mastican las hojas frescas.
- **LLANTÉN:**
 - Hojas* **Abscesos:** el cocimiento sirve también para lavar abscesos (Inflamaciones).
- **OJÉ:**
 - Látex* **Odontalgias:** en aplicación local del látex fresco, con un algodón.

- **PÁJARO BOBO:**
Corteza **Odontalgias:** se mastica la corteza, lo que alivia el dolor de muelas.
- **PALTA:**
Corteza **Odontalgias:** enjuagues bucales con la infusión de la corteza.
- **PAN DEL ÁRBOL:**
Raíz **Odontalgias:** enjuagues bucales con el cocimiento de la raíz.
- **PIÑON BLANCO:**
Látex **Odontalgias:** un algodón empapado con el látex se aplica sobre la pieza cariada.
- **SANANGO:**
Raíz **Abscesos:** se queman las raíces jóvenes y secas hasta obtener cenizas; estas se ciemen y se ponen a hervir en un poco de agua hasta obtener una especie de sal. Mezcladas con aceite se obtiene un ungüento que se aplica sobre los abscesos.
- **SANTA MARIA:**
Hojas **Odontalgias:** se hace un cocimiento de las hojas. Se bebe el líquido y las hojas se colocan en la zona adolorida.
- **TABACO:**
Hojas **Odontalgias:** se mastican las hojas frescas hasta calmar el dolor.

PLANTAS MEDICINALES DEL PERÚ USADAS EN ODONTOLOGÍA^{10,43,18}

NOMBRE CIENTIFICO	NOMBRE POPULAR	PARTE DE LA PLANTA EMPLEADA	FORMA DE EMPLEO
<i>Couropita guianens Aublet</i>	Ayahuma	Yemas foliare	Aplicar localmente en la pieza dental.
<i>Psidium guajava L.</i>	Guayaba	Hojas	Se mastican las hojas frescas.
<i>Picus insípida Willd</i>	Ojé	Látex de la corteza	Aplicación local del látex fresco con algodón.
<i>Tessaria integrifolia</i>	Pájaro bobo	Corteza	Analgésico local.
<i>Artocarpus altitis fosb</i>	Pan del árbol	Raíz	Enjuagues bucales con el cocimiento de la raíz.
<i>Jathropa curcas</i>	Piñon blanco	Látex de la corteza	Se aplica un algodón empapado con el látex sobre la pieza cariada.
<i>Piper peltatum L.</i>	Santa María	Hojas	Cocimiento de hojas. Se bebe el líquido y las hojas se colocan en la zona adolorida.
<i>Anacardium occidentale</i>	Marañón	El aceite de la cáscara	Se aplica el aceite sobre las muelas cariadas.
<i>Bidens pilosa L.</i>	Amor seco	Hojas	Se usan en casos de aftas, dolor de muelas, estomatitis (beber el cocimiento de hojas y flores), halitosis.
<i>Casearia praecox grieseb</i>	Nea bero	Hojas	Se mastican las hojas para dolor de muelas.
<i>Cedreia odorata L.</i>	Cedro colorado	Resina	Se aplica la resina para dolor de muelas
<i>Crescentia cujetei L.</i>	Tútumo	Hojas	Se mastican las hojas en casos de dolor de muelas.
<i>Crotón lechlesi muell. Arg.</i>	Palo de grado	Látex	Después de la extracción del diente aplicar el látex.
<i>Dendropanax tessmannii Harás</i>	Ogu – isi	Hojas 152	Fortalece los dientes contra la caries.

			Dentífricos y como blanqueador de dientes.
<i>Ephedra breana philippi</i>	Pinco- pinco	Planta	Se emplea la decocción de las plantas en lavados bucales.
<i>Maclura tinctoria steudel</i>	Insira	Resina	Analgésico dental y destruyen el diente cariado.
<i>Peperomia inaequalifolia</i> R & P	Congona	Planta entera	Usado en caso de gingivitis.

TABLA 2

10. BUSCA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA POR DOLOR DENTAL.³⁴

Se ha señalado que las actitudes y conductas de la población ante el proceso salud-enfermedad son influidos por la cultura médica existente, en la que se incluye la postura del médico. Fredison³⁴, en su ensayo sobre la construcción popular de la enfermedad señala que un aspecto importante en la actitud y conducta ante el proceso salud enfermedad del individuo radica en el significado que la persona le otorgue a la enfermedad.

Horming y Massagli⁶⁹ plantean que los pacientes tienen dos objetivos cuando buscan atención odontológica. El primero es obtener un buen diagnóstico y un apropiado tratamiento, el segundo es tener confianza en el dentista respecto al manejo y la ansiedad que tanto el padecimiento como el tratamiento implican.

Algunos de los factores que tienen influencia en la solicitud del servicio dental por lo regular obedecen a problemas de tipo social, cultural y de conducta⁴². Éstos se sabe que influyen directamente en la salud bucal de la población afectando la demanda del servicio dental.

11. EXTRACCIÓN POR DOLOR DENTAL

En nuestro país la causa principal para que las personas decidan extraerse un diente es el dolor dental que se origina en gran porcentaje por la caries dental y las enfermedades periodontales que son patologías que poseen una alta prevalencia, el avance progresivo de las patologías antes mencionadas y la

falta de tratamiento para las mismas, se traduce finalmente en cuadros clínicos de urgencia que constituyen el motivo de consulta. La caries es una enfermedad oral que se manifiesta en los dientes y que puede progresar hasta la necrosis pulpar y el absceso periapical agudo¹³. Durante el proceso de su evolución puede llevar al paciente a que le extraigan el diente, principalmente, por el dolor originado por una pulpitis, por la fractura dentaria tras una gran caries, o por el proceso infeccioso originado tras la progresión de la infección por vía pulpar hasta más allá del ápice entre otras causas⁴¹. Las enfermedades periodontales afectan, en cambio, los tejidos que rodean y sostienen al diente y básicamente pueden originar la pérdida de dientes porque avanzada su evolución producen movilidad dentaria que hace dolorosa la función o porque ocasionan abscesos a través de las bolsas periodontales²⁸.

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

El limitado acceso que tiene la población a la atención de salud odontológica se constituye en un factor de riesgo debido a la escasa oportunidad de recibir acciones promocionales, preventivas, de pesquisa precoz, de recuperación del daño instalado, de rehabilitación integral, y a la falta de disponibilidad de horas ofrecidas en el Servicio Público.

Un caso característico de las poblaciones rurales es el denominado *cultura de la extracción*, la cual se sustenta en 2 cuestiones fundamentales: por un lado, ante la aparición de dolor bucodental agudo, los pobladores reconocen a la extracción como única práctica para darle solución; por el otro, el único tipo de prácticas que se realiza en los centros asistenciales a los que tienen acceso, es la extracción.

12. RESIGNACIÓN Y TOLERANCIA DEL DOLOR

La concepción de resignación y tolerancia al dolor es característica en pobladores

que no tienen acceso a la atención odontológica como en pobladores de zonas rurales en las cuales la resignación evidenciada con respecto a la enfermedad los lleva a asumir una actitud naturalizada hacia la misma. La enfermedad es una especie de designio que pareciera no poderse evitar.

En el caso de la salud bucal, esta actitud de resignación es marcada, por ejemplo, señalan que sus problemas se pueden atribuir a ser portadores de una "dentadura falsa", o que los dientes se les "picaron" y se les cayeron "así solos no más", lo cual termina transformándose para ellos en una especie de solución a sus penurias odontológicas. Asimismo, los pobladores revelan una cultura sintomática, según la cual solo se concurre al médico en presencia de dolor. En este sentido, es importante destacar que si bien el dolor es el motivo que los mueve a la consulta, solo cuando este síntoma se manifiesta en umbrales extremos se opta por la asistencia médica; esto provoca que las intervenciones se produzcan en estados muy avanzados de la enfermedad.

El odontólogo es una figura ajena a la realidad cotidiana de estas comunidades, aunque demandada por los pobladores. Los pobladores refieren sentir temor ante su presencia, sobre todo por el instrumental que emplea. El miedo, sumado a la ausencia de estos profesionales en los dispensarios comunales y a la carencia de recursos para viajar al hospital zonal, motiva, en la casi totalidad de los casos, la ausencia total de controles odontológicos.

La gravedad del problema que aqueja a estas poblaciones, debería hacer tomar conciencia a los responsables sobre la necesidad de desarrollar estrategias integrales de intervención pública y privada, con el objetivo de revertir la situación de desventaja y vulnerabilidad en la que se encuentran gran cantidad de pobladores de zonas rurales en situación de aislamiento, distribuidas a lo largo de Latinoamérica⁷.

13. NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL.³³

Está constituido por: nivel social, nivel económico y nivel cultural. El nivel socio económico no es una característica física y fácilmente informable sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos.

El Nivel Socio Económico es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros.

- Caracteriza la inserción social del hogar en forma directa.
- Caracteriza la inserción económica del hogar en forma indirecta por el acceso potencial y la disponibilidad real de recursos económicos.

El índice de Nivel Socio Económico Cultural se basa en los siguientes indicadores:

- Nivel Educativo del Principal Sostén del Hogar (indicador de mayor importancia)
- Nivel Ocupacional del Principal Sostén del Hogar.
- Patrimonio del Hogar (Posesión de bienes y de automóvil)

13.1 NIVEL SOCIAL.- Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar (el miembro del hogar que más aporta al presupuesto y la economía familiar a través de su ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso).

13.2 NIVEL ECONÓMICO.- Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes (T.V. color con control remoto, teléfono, heladera con freezer, videograbador/reproductor, secarropas, lavarropas programable automático, tarjeta de crédito del principal sostén del hogar, computadora personal, acondicionador de aire, freezer independiente) y automóvil.

13.3 NIVEL CULTURAL.- Es el conjunto de símbolos (como valores, normas, actitudes, creencias, idiomas, costumbres, ritos, hábitos, capacidades, educación, moral, arte, etc.) y objetos (como vestimenta, vivienda, productos, obras de arte, herramientas, etc.) que son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra por los miembros de una sociedad, por tanto, es un factor que determina, regula y moldea la conducta humana. Se expresa en la variable de la educación, en el grado de instrucción.⁹

14. NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA ODONTOLOGÍA.

El nivel socioeconómico juega un papel importante en la solicitud de servicios dentales, ya que no todas las personas poseen la misma capacidad de pago ante los servicios dentales y muchos de ellos se ven en la necesidad de truncar sus tratamientos una vez iniciados que trae como consecuencia deterioro de la salud bucal en un tiempo más corto.

Algunos autores refieren que el nivel socioeconómico está compuesto por ingreso, ocupación y educación, y usando este criterio se ha observado que la utilización de los servicios dentales es mayor conforme el nivel socioeconómico es más alto³². En algunos países como España, a diferencia de otros países, el pago de los servicios dentales constituye el primer gasto sanitario de las familias (por encima de los pagos de farmacia, seguros/consultas médicas).⁶⁰

Los programas y campañas existentes no permiten ofrecer alternativas de tratamiento sin bajar la calidad de los servicios, siendo afectados principalmente los grupos sociales más desprotegidos³⁹. También con referencia a los efectos de la falta de recursos económicos (pobreza) sobre la salud de las personas, existe dos observaciones; la primera en términos generales aquellos que son pobres, en términos absolutos, sufren por lo general, más enfermedades, tienen un nivel superior de patologías, y en segundo lugar tienen una tasa de mortalidad más elevada de enfermedades de posible prevención, ya que una mayor pobreza reduce los valores de nutrición, vivienda y saneamiento y también reduce el acceso a la asistencia sanitaria.³⁹

14.1 NIVEL SOCIOECONÓMICO CULTURAL Y ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Los problemas de acceso insuficiente a servicios odontológicos por parte de algunos segmentos de la población son complejos y, al menos algunos de ellos, no pueden ser resueltos fácilmente. Este es el caso de algunos subgrupos como los siguientes:

- a. Residentes de áreas rurales: En áreas rurales, a menudo no es económicamente rentable establecer y mantener una práctica odontológica privada, por lo cual los odontólogos suelen distribuirse desigualmente a través de las distintas regiones geográficas. Por lo

tanto, las personas que viven en estas áreas deben viajar a los sitios más cercanos en donde se encuentre disponible la atención odontológica.

b. Grupos culturalmente aislados: Varios de estos grupos, en particular los recién inmigrados, encuentran a menudo que los costes de las atenciones, el lenguaje o jerga técnica usada, y la situación legal y/o valores culturales.

c. Grupos económicamente desfavorecidos: Estos individuos o familias no tienen adecuados recursos financieros para disponer por sí mismos de servicios odontológicos. Datos extraídos de informes y estudios publicados en diversas partes del mundo muestran la relación directa que existe entre el nivel de ingreso anual que poseen los individuos y la capacidad de acceder a atenciones odontológicas regulares. Por ejemplo, los niños que viven en áreas con mayor privación material y social, tienen una menor probabilidad de tener atenciones odontológicas restauradoras. Las dificultades y problemas encontrados por las personas con bajos ingresos para acceder a tratamientos odontológicos, están relacionados con el nivel de ingresos disponibles por parte de las familias.

Cuando los recursos son escasos, los tratamientos odontológicos pueden percibirse como un lujo inabordable por lo que suelen ubicarse muy abajo en una lista de prioridades cuando se compara con otros bienes o servicios esenciales. Por otro lado, las familias que tienen un nivel de ingresos limitado y han visto reducido su nivel de protección económica debido al desempleo pueden encontrar que su acceso a las atenciones odontológicas quede interrumpido. Se pueden experimentar efectos similares durante períodos de sub-empleo mientras las familias regresan a una situación normalizada de empleo.⁵⁸

15. CENTRO POBLADO EL VARILLAL.¹⁴

15.1 UBICACIÓN.- Se encuentra ubicado en el km 14 de la carretera Iquitos-Nauta-Perú

15.2 POBLACION.- cuenta con 1750 habitantes en el centro poblado del Varillal inscritos en el padrón, de las cuales 738 son pobladores mayores de edad.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Definición de términos básicos

1. **DOLOR:** El dolor definido por la AISP (Internacional Association for Study of Pain) es “la experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño y expresada en función de éste”. (Autor: Jordi Carbonell Abelló)
2. **DOLOR:** Sensación aflictiva de una parte del cuerpo (autora: Lía Félida Luza Yaranga)
3. **DOLOR DENTAL:** Experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño en la pieza dentaria. (autora: Rosa Consuelo Pari Espinoza)
4. **DOLOR DENTAL:** es una respuesta a estímulos fríos y calientes, pueden proceder de una inflamación aguda leve, posiblemente debido a que el calor transmitido a la pulpa conduce a mayor hiperemia y a incremento de la presión. (Autores: julio Barrancos Money, Patricio J. Barrancos)
5. **ODONTALGIA:** Puede ser agudo o crónico. Ocurre debido a la inflamación de la pulpa dental, la cual es un tejido suave contenido en la cavidad del diente. (Autor: S. G. Palsule)
6. **CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL:** Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano que resultan visibles y plausibles de ser observados por otros para controlar y/o manejar el dolor dental. (Autora: Rosa Consuelo Pari Espinoza)
7. **AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA:** Es aquella situación en que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento). (Autora: Rosa Consuelo Pari Espinoza)
8. **AUTOMEDICACIÓN:** Uso que un enfermo hace, al margen de la prescripción médica, de aquellos medicamentos que considera adecuados para remediar su afección. (Autora: Lía Félida Luza Yaranga)

- 9. AUTOMEDICACIÓN:** Es el uso de medicamentos o sustancias terapéuticas que el paciente realiza ante la aparición de síntomas, casi siempre menores, sin que medie la participación del médico en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción ni en el tratamiento. (Autora: María Isabel Serrano Gonzáles).
- 10. AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL:** Tipo de conducta ante el dolor dental en el cual se utiliza productos de origen natural: vegetal, animal, mineral, emplastos etc. (Autora: Rosa Consuelo Pari Espinoza).
- 11. NIVEL CULTURAL:** Esquemas concretos de conducta, costumbres, tradiciones y hábitos, así como una serie de mecanismos de control como planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones que gobiernan la conducta de determinado individuo o población. (Autora: Rosa Consuelo Pari Espinoza).
- 12. NIVEL ECONÓMICO:** Dimensión basada en la economía familiar que se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar. . (Autora: Rosa Consuelo Pari Espinoza).
- 13. NIVEL SOCIAL:** Corresponde a la estratificación de la población según sus condiciones de vida material y sus prácticas sociales o de interacción con la sociedad. . (Autora: Rosa Consuelo Pari Espinoza).
- 14. NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL:** Dimensión del estudio de las poblaciones que involucra los conceptos de dimensión cultural, social y cultural. . (Autora: Rosa Consuelo Pari Espinoza).

3. RECURSOS UTILIZADOS

3.1 Recursos Humanos

- Investigador

3.2 Recursos Materiales

- Encuesta sobre la conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico- cultural de los pobladores del centro poblado del Varillal.
- Útiles de escritorio
- Computadora personal

3.3 Recurso Institucional

- Centro Poblado del Varillal. (Km 14 – De la carretera Iquitos – Nauta).

4. MÉTODO

4.1 Hipótesis

Existe relación entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico- cultural los pobladores del Varillal -Iquitos- 2015.

4.2 Operacionalización de Variable:

Variables: Conducta ante el dolor dentario, Nivel socioeconómico-cultural.

- **Variable Independiente:** conducta ante el dolor dental.
- **Variable dependiente:** Edad, Género, área poblacional, características del medicamento.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA
Tipo de Conducta ante el dolor dental	Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano que resultan visibles y plausibles de ser observados por otros para controlar y/o manejar el dolor dental.	Atención Odontológica	Recibe Atención Odontológica	Nominal	-Si -No
			Tipo de atención Odontológica.	Nominal	-Extracción dental -curación: amalgama, resina. -Endodoncia.
		Uso de Medicamentos	Tipo de Medicación	Nominal	-Profesional -Farmacológica. -Tradicional. -Ninguna
			Tipo de automedicación farmacológica.	Nominal	-Aines. -Antibióticos. -Otros. -No recuerda.
		Tipo de automedicación Tradicional.	Nominal	-Vegetal. -Animal. -Mineral. -Emplasto o preparado -Otros	

Nivel Socio económico Cultural	Característica asignada por la suma de los datos del nivel social, económico y cultural del individuo y categorizada como: Alto: 41-57 pts Medio: 28-40 pts Bajo: 0- 27 pts.	Nivel social	Principal actividad laboral	Ordinal	Alto: 12-15pts Medio: 8-11pts Bajo: 0-7pts
			Organización a la que pertenece		
			Principal actividad en el tiempo libre		
		Nivel Económico	Promedio de ingreso mensual	Ordinal	Alto: 19-26pts Medio: 13-18pts Bajo: 1-12pts
			Principal material de la vivienda		
			Pertenencia de la vivienda		
			Servicios con los que cuenta la vivienda		
		Nivel Social	Idioma que domina	Ordinal	Alto: 12-16pts Medio: 9-11pts Bajo: 3-8pts
			Grado de instrucción		
			Medios de información		
			Preferencias de programas de tv		

* Cuestionario utilizado en la presente investigación.

➤ Asignación de Puntajes para Indicadores Nivel Socioeconómico-Cultural

NIVEL SOCIAL. Puntajes internos de cada indicador

Actividades en su tiempo libre	puntaje
Ninguna	0
Duerme	0
Deportes	1
Ve tv, lee, internet.	2
Pasea con amigos	3

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

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

NIVEL ECONÓMICO. Puntajes internos de cada indicador

Promedio de ingresos económico Mensual	Puntaje
No recibe ingresos	0
Menos de 465 soles	1
466-930 soles	2
931-1395 soles	3
1396 a más	4

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

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

NIVEL CULTURAL. Puntajes internos de cada indicador

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

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

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

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL. Puntajes obtenidos de sumar de valores del nivel social, nivel económico y nivel cultura de cada individuo.

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL					
CATEGORIA	Nivel Social	Nivel Económico	Nivel Cultural	Suma de Puntajes por	RANGO DE PUNTAJE
alto	12-15ptos	19-26ptos	12-16ptos	NS+NE+N	41 - 57 Puntos
Medio	8-11ptos	13-18ptos	9-11ptos	NS+NE+N	28 - 40 Puntos
Bajo	0-7ptos	1-12ptos	3-8ptos	NS+NE+N	0 - 27 Puntos

4.3 Tipo de investigación

4.3.1 Aspectos Metodológicos.

a. Tipo de investigación

- No experimental
- Prospectivo
- Tipo cuantitativa

b. Diseño de investigación

El presente estudio es no experimental, correlacional y transversal, por que relaciona en un momento dado; La conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-Cultural en el centro poblado del Varillal -Iquitos- 2015

El esquema es:



Donde:

M: Es la muestra

01, 02: Observación de la variable

r: Relación entre las variables.

4.4 Población y Muestra

4.4.1 Población.

Conformado por 738 pobladores adultos que viven en el centro poblado del Varillal.

4.4.2 Muestra.

Se tomó como muestra a 184 personas adultas que viven en el centro poblado del Varillal.

Datos:

n = Tamaño de la muestra

N = Número de familias

Z = Nivel de confianza del 95% (Nivel estándar de 1.96).

ϵ = Margen de error de 5% (Valor estándar de 0.05).

p = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar de 0.5.

Valores:

$N = 350$

$Z = 1.96$

$\epsilon = 0.05$

$p = 0.5$

$q = 1 - p = 0.5$

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{\epsilon^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 350 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (350 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$n = 184.392$ Personas a encuestar

Intervalo: 1.91256831 = 2

4.4.3 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son:

- Pobladores adultos que deseen participar voluntariamente.
- Ser habitante del centro poblado del Varillal.
- De cualquier sexo, grado de instrucción y ocupación.
- Ser psicológicamente apto.
- Tener dominio del idioma español.

4.4.4 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión son:

- Pobladores adultos con impedimento físico y mental que impidan realizar satisfactoriamente la entrevista.
- No ser habitante del centro poblado del Varillal.
- No tener dominio del idioma español.

4.5 Técnicas.

4.5.1 Técnicas

Este es un estudio descriptivo, por lo que se registró la información encontrada en los pobladores adultos del centro poblado del Varillal:

- Se procedió a identificar la muestra en estudio
Los datos se registraran en el instrumento N° 01 (Anexo N° 01)
- Se hizo la tabulación de los datos
- Se procesó los datos en el programa estadístico (SPSS)
- Se realizó el análisis de la información y elaboración del informe

4.6 Instrumentos y Procedimientos de recolección de datos.

4.6.1 Instrumentos

Se utilizó el siguiente instrumento:

- Encuesta sobre la conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del centro poblado del Varillal. (validado por la autora Rosa Consuelo Pari Espinoza)

4.6.2 Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se realizó 1 instrumento para recolectar la información, en el que se plasmó las variables de estudio.

- Se solicitó permiso al representante encargado del centro poblado del Varillal.
- Se entregó y se firmó la ficha de consentimiento informado por los pobladores del Varillal. (Ver anexo N°02)
- Se visitó a los pobladores en su domicilio para realizar la encuesta.
- Para todo esto se utilizó lo siguiente:
 - o Ficha para la Encuesta sobre la conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico- cultural de los pobladores del centro poblado del Varillal.
 - o Laptop personal.

4.6.3 Procesamiento de la información:

- o Los resultados obtenidos fueron procesados con el paquete SPSS/PC en español.

4.7 Ética.

Se respetó los derechos humanos de los participantes en la investigación, mediante el llenado de la tarjeta del consentimiento informado, que permitió poder captar a los pobladores, teniendo en cuenta su deseo de participar libre y voluntariamente. En ningún caso se obligó a los pobladores a participar en la investigación sin su aprobación. (Ver anexo N° 2)

5 RESULTADOS

TABLA N° 01 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN GÉNERO

Género de la Muestra		
OPCIÓN	N°	%
MACULINO	100	54%
FEMENINO	84	46%

GRÁFICO N° 01 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN GÉNERO

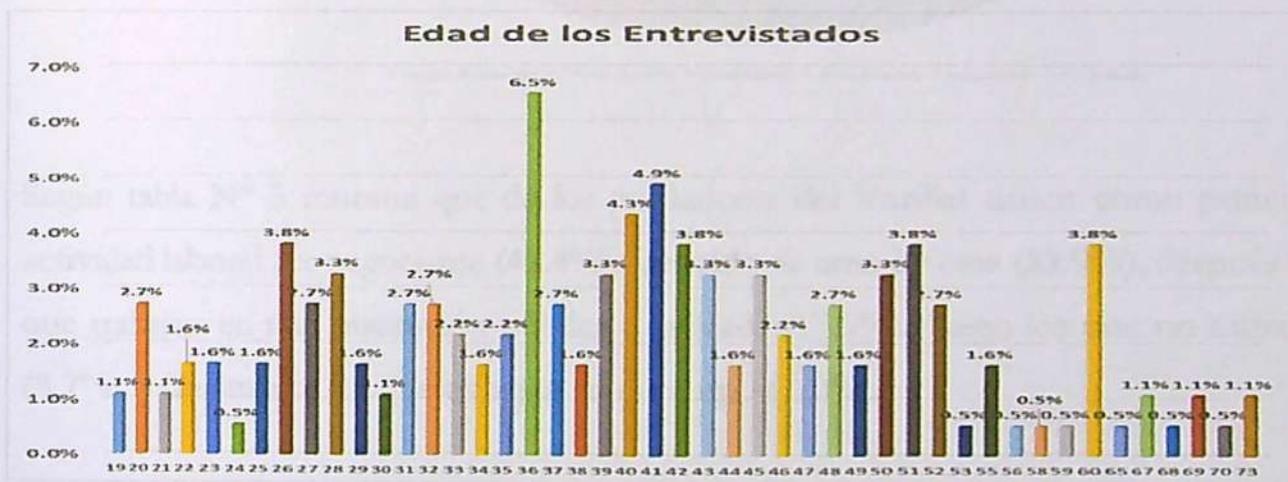


Según la Tabla N° 01 muestra que de los pobladores del Varillal los que presentan mayor dolor dental son del género masculino (54%), y en menor cantidad presentan dolor dental las del género femenino (46%).

TABLA N° 2 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN EDAD

Edad	N°	%	Edad	N°	%	Edad	N°	%
19	2	1.1%	35	4	2.2%	51	7	3.8%
20	5	2.7%	36	12	6.5%	52	5	2.7%
21	2	1.1%	37	5	2.7%	53	1	0.5%
22	3	1.6%	38	3	1.6%	55	3	1.6%
23	3	1.6%	39	6	3.3%	56	1	0.5%
24	1	0.5%	40	8	4.3%	58	1	0.5%
25	3	1.6%	41	9	4.9%	59	1	0.5%
26	7	3.8%	42	7	3.8%	60	7	3.8%
27	5	2.7%	43	6	3.3%	65	1	0.5%
28	6	3.3%	44	3	1.6%	67	2	1.1%
29	3	1.6%	45	6	3.3%	68	1	0.5%
30	2	1.1%	46	4	2.2%	69	2	1.1%
31	5	2.7%	47	3	1.6%	70	1	0.5%
32	5	2.7%	48	5	2.7%	73	2	1.1%
33	4	2.2%	49	3	1.6%			
34	3	1.6%	50	6	3.3%			

GRÁFICO N° 2 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN EDAD

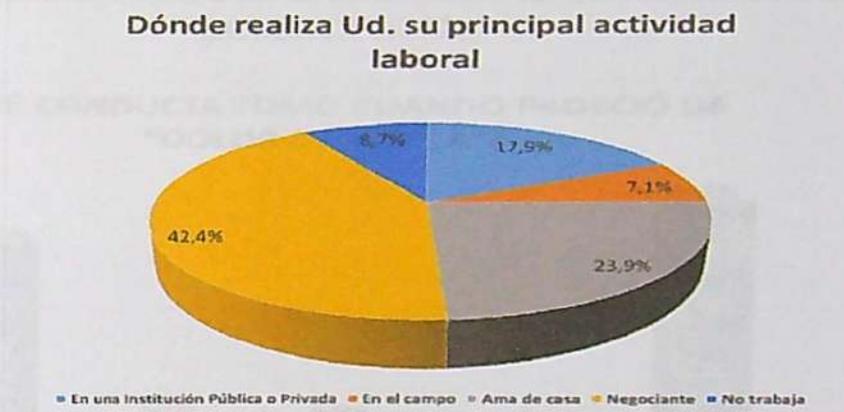


Según tabla N° 2 muestra que de los pobladores del Varillal que presentan mayor prevalencia de dolor son los de 36 años de edad (6.5%), y le sigue en prevalencia los pobladores de 41 años de edad (4.9%).

TABLA N° 3 POBLADORES DE VARILLAL SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL.

Dónde realiza Ud. su principal actividad laboral		
ALTERNATIVAS	N°	%
En una Institución Pública o Privada	33	17.9%
En el campo	13	7.1%
Ama de casa	44	23.9%
Negociante	78	42.4%
No trabaja	16	8.7%

GRAFICO N° 3 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL.



Según tabla N° 3 muestra que de los pobladores del Varillal tienen como principal actividad laboral ser negociante (42.4%), seguido de ama de casa (23.9%), después los que trabajan en una institución pública o privada (17.9%), luego los que no trabajan (8.7%), y finalmente los que trabajan en el campo (7.1%).

TABLA N° 4 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN CONDUCTA FRENTE A DOLOR DENTAL.

¿QUÉ CONDUCTA TOMÓ CUANDO PADECIÓ DE "DOLOR DE MUELA"?		
ALTERNATIVAS	N°	%
Automedicación Farmacológica	70	38.0%
Automedicación Tradicional	14	7.6%
Medicación Profesional	11	6.0%
Atención Odontológica. (Extracción dental, curaciones, endodoncia, otros)	4	2.2%
Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional	85	46.2%

GRAFICO N° 4 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN CONDUCTA FRENTE A DOLOR DENTAL.

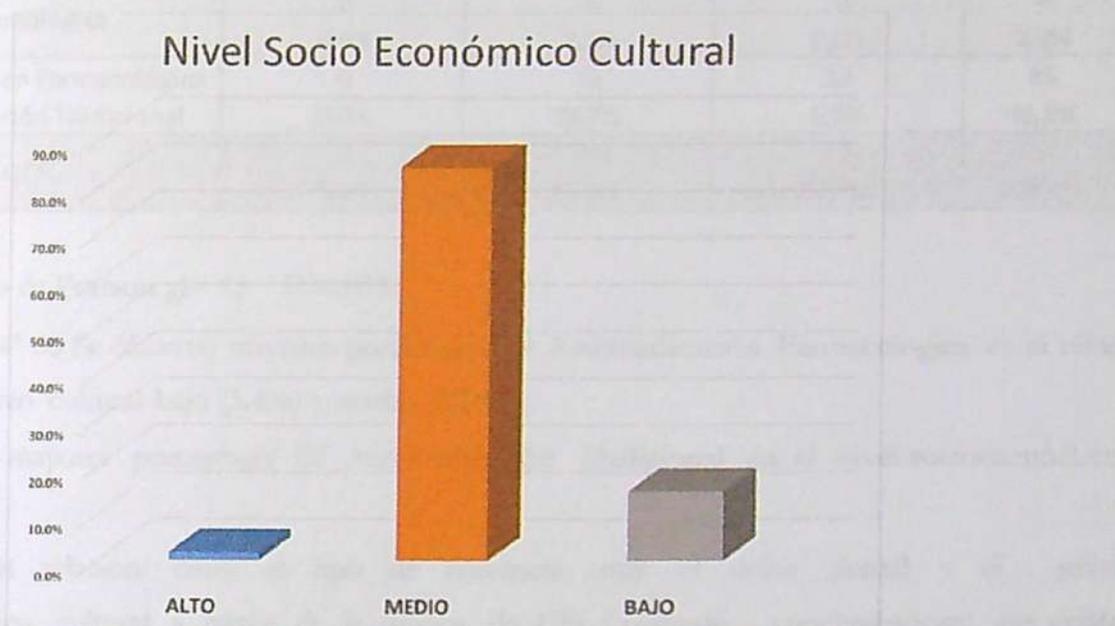


Tabla N° 4 muestra que los pobladores del Varillal tienen como principal conducta frente al dolor dental la automedicación farmacológica y automedicación tradicional (46.2%), y en menor porcentaje de la conducta frente al dolor dental es de acudir a una atención odontológica (2.2%).

TABLA N° 5 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN NIVEL SOCIOECONOMICO-CULTURAL.

Nivel Socio Económico Cultural	N°	%
ALTO	3	1.6%
MEDIO	154	83.7%
BAJO	27	14.7%
Total	184	100.0%

GRAFICO N° 5 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN NIVEL SOCIOECONOMICO-CULTURAL.



Según la tabla N° 5 muestra que los pobladores del Varillal tienen en mayor porcentaje un nivel socioeconómico medio (83.7%), seguido de un nivel socioeconómico bajo (14.7%), y por último con menor porcentaje un nivel socioeconómico alto (1.6%).

TABLA N° 06 CONDUCTA ADOPTADA ANTE EL DOLOR DENTAL Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO CULTURAL DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL VARILLAL.

CONDUTAS	NIVEL SOCIOECONOMICOCULTURAL DE LA MUETSRA			TOTAL
	ALTO	MEDIO	BAJO	
Automedicación Farmacológica	0 0,0%	60 32,6%	10 5,4%	70 38,0%
Automedicación Tradicional	0 0,0%	9 4,9%	5 2,7%	14 7,6%
Medicación Profesional	3 1,6%	8 4,3%	0 0,0%	11 6,0%
Atención Odontológica	0 0,0%	4 2,2%	0 0,0%	4 2,2%
Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional	0 0,0%	73 39,7%	12 6,5%	85 46,2%
TOTAL	3 1,6%	154 83,7%	27 14,7%	184 100,0%

Chi- cuadrado de Pearson $g= 15$ $P=0.033$

Según tabla N° 06 Se observó mayores porcentajes de Automedicación Farmacológica en el nivel socioeconómico cultural bajo (5.4%) y medio (32.6%).

Se encontró mayores porcentajes de Automedicación Tradicional en el nivel socioeconómico medio (4.9%).

Se evaluó la relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe relación significativa $P=0.033$.

TABLA N° 07 RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ADOPTADA ANTE EL DOLOR DENTAL Y LA EDAD DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL VARILLAL.

CONDUTAS	EIDADES DE LA POBLACIÓN DE LA MUESTRA					TOTAL
	19-30	31-40	41-50	51-60	60 a más	
Automedicación Farmacológica	19 10,3%	22 12,0%	20 10,9%	7 3,8%	2 1,1%	70 38,0%
Automedicación Tradicional	4 2,2%	2 1,1%	5 2,7%	3 1,6%	0 0,0%	14 7,6%
Medicación Profesional	1 0,5%	1 0,5%	5 2,7%	3 1,6%	1 0,5%	11 6,0%
Atención Odontológica	1 0,5%	1 0,5%	1 0,5%	0 0,0%	1 0,5%	4 2,2%
Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional	17 9,2%	29 15,8%	21 11,4%	13 7,1%	5 2,7%	85 46,2%
TOTAL	42 22,8%	55 29,9%	52 28,3%	26 14,1%	9 4,9%	184 100,0%

Chi- cuadrado de Pearson $gl= 20$ $P=0.003$

Según tabla N° 07 Se encontró mayores porcentajes en la automedicación farmacológica dentro del rango de 31-40 años (12.0%). Después se pudo observar que predomina la automedicación tradicional entre el rango de edad de 41-50 años de edad (2.7%).

Se evaluó la relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y la edad a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe relación significativa $P=0.003$.

TABLA N° 08 RELACIÓN ENTRE LA CONDUCTA ADOPTADA ANTE EL DOLOR DENTAL Y EL GÉNERO DE LOS POBLADORES ENCUESTADOS EN EL VARILLAL.

CONDUTAS	GÉNERO DE LA MUETSRA		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Automedicación Farmacológica	40 21,7%	30 16,3%	70 38,0%
Automedicación Tradicional	8 4,3%	6 3,3%	14 7,6%
Medicación Profesional	3 1,6%	8 4,3%	11 6,0%
Atención Odontológica	3 1,6%	2 1,1%	5 2,7%
Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional	46 25,0%	38 20,7%	84 45,7%
TOTAL	100 54,3%	84 45,7%	184 100,0%

Chi- cuadrado de Pearson $gl= 5$ $P=0.045$

Según tabla N° 08 Se encontró mayores porcentajes en la Automedicación Farmacológica en el género masculino (21.7 %).

Se evaluó la relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y el género a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe relación significativa $P=0.045$

TABLA N° 9 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN ACTIVIDAD QUE REALIZA CON FRECUENCIA EN SU TIEMPO LIBRE.

¿Qué actividad realiza Ud. con más frecuencia en su tiempo libre?		
ALTERNATIVAS	N°	%
Pasea con amigos	30	16.3%
Duerme	55	29.9%
Deportes	62	33.7%
Ve TV, lee, Internet	34	18.5%
Ninguno	3	1.6%

GRAFICO N° 9 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN ACTIVIDAD QUE REALIZA CON FRECUENCIA EN SU TIEMPO LIBRE.

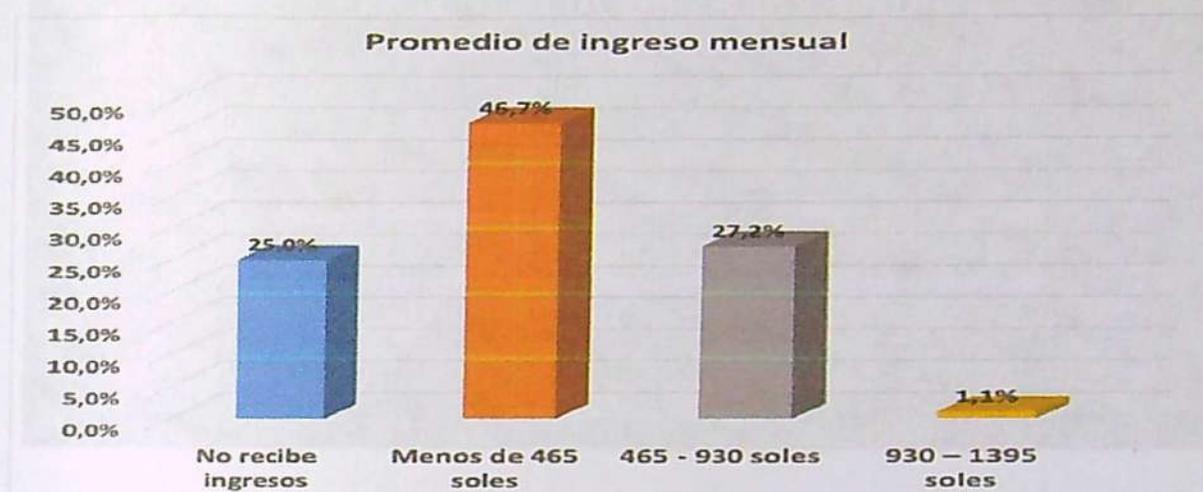


Según tabla N° 9 muestra que de los pobladores del Varillal tienen como principal actividad en su tiempo libre es hacer deportes (33.7%), seguido de dormir (29.9%), después de ver tv, leer (18.5%), luego le sigue como actividad de pasear con amigos (16.3%), y finalmente los que realizan otras actividades (1.6%).

TABLA N° 10 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES.

PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL		
ALTERNATIVAS	N°	%
No recibe ingresos	46	25.0%
Menos de 465 soles	86	46.7%
465 - 930 soles	50	27.2%
930 - 1395 soles	2	1.1%

GRÁFICO N° 10 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN PROMEDIO DE INGRESOS MENSUALES.



Según tabla N° 10 muestra que los pobladores del Varillal tienen como principal promedio de ingresos mensuales menos de 465 soles (46.7%), después los que no reciben ingresos mensuales (25.0%), seguido por los que reciben ingresos de 465- 930 soles (27.2 %), y finalmente los que reciben ingresos mensuales de 930-1395 soles (1.1%).

TABLA N° 11 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN PERTENENCIA DE VIVIENDA.

PERTENENCIA DE LA VIVIENDA		
ALTERNATIVAS	N°	%
Familiar	124	67.4%
Propia por invasión	8	4.3%
Alquilada	5	2.7%
propia pagada	47	25.5%

GRAFICO N° 11 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN PERTENENCIA DE VIVIENDA.



Según la tabla N° 11 muestra que de los pobladores del Varillal se encuentran viviendo en la casa de un familiar (67.4%), seguido por pobladores que cuentan con vivienda propia pagada (25.5%), mientras que algunos pobladores tienen vivienda propia por invasión (4.3%), y finalmente por pobladores que se encuentran en viviendas alquiladas (2.7%).

TABLA N° 12 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

¿Cuál es el nivel máximo de estudios que usted culminó?		
ALTERNATIVAS	N°	%
Ninguno	3	1.6%
Primaria	110	59.8%
Secundaria	64	34.8%
Superior Técnico	5	2.7%
Superior Universitario	2	1.1%

GRAFICO N° 12 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.



Según la tabla N° 12 muestra que en los pobladores del Varillal el grado de instrucción que predomina es el nivel primario (59.8%), seguido por los de nivel secundario (34.8%), después los de nivel de instrucción superior técnico (2.7%), luego los que no cuentan con ningún tipo de nivel de instrucción (1.6%). y finalmente los de nivel de instrucción superior universitario (1.1%).

TABLA N° 13 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN LOS MEDIOS POR LA CUAL SE MANTIENEN INFORMADOS.

MEDIO POR LA CUAL SE MANTIENE INFORMADO		
ALTERNATIVAS	N°	%
Periódico	79	42.7%
Radio	53	29.1%
Amigos, vecinos	27	14.6%
Tv. Cable	24	13.6%

GRAFICO N° 13 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN LOS MEDIOS POR LA CUAL SE MANTIENEN INFORMADOS.



Según la tabla N° 13 muestra que los pobladores del Varillal tienen como principal medio de mantenerse informado el periódico (42.7%), seguido de la radio (29.1%), como también de amigos, vecinos (14.6%), y finalmente por medio del televisor- Cable (13.6%).

TABLA N° 14 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN PERSONA QUE ACONSEJA LA ADQUISICIÓN DEL MEDICAMENTO PARA CALMAR EL DOLOR

En caso de tomar "pastillas" por su propia cuenta (Automedicación Farmacológica) para calmar el "dolor de muela" ¿Quién es la persona que le aconsejó la adquisición del medicamento que tomó?

ALTERNATIVAS	N°	%
Padres	20	10.9%
Otros Parientes	38	20.7%
Amigos	67	36.4%
Farmacéutico	15	8.2%
Por decisión propia	44	23.9%

GRAFICO N° 14 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN PERSONA QUE ACONSEJA LA ADQUISICIÓN DEL MEDICAMENTO PARA CALMAR EL DOLOR



Tabla N° 14 se observó que los pobladores del Varillal según la muestra, en mayor porcentaje los medicamentos son aconsejados por los amigos de la zona (36.4%), y en menor porcentaje la población acuden a un farmacéutico (8.2%).

TABLA N° 15 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN MEDICAMENTOS QUE TOMAN PARA CALMAR EL DOLOR DENTAL.

PASTILLAS TOMADAS PARA CALMAR EL DOLOR DE MUELA		
Medicamento	N°	%
Ampicilina	3	2.5%
Dolocordralan	9	7.6%
Ibuprofeno	20	16.9%
Naproxeno	18	15.3%
Paracetamol	68	57.6%

GRAFICO N° 15 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN MEDICAMENTOS TOMADOS PARA CALMAR EL DOLOR DENTAL.



Según la tabla N° 15 muestra que los pobladores del Varillal tienen como principal medicamento para calmar el dolor dental es el paracetamol (57.6%), y el de menos utilización para calmar el dolor es la ampicilina (2.5%).

TABLA N° 16 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN EL CASO DE USAR PLANTAS, PREPARADOS Y/O SOLUCIONES PARA CALMAR EL DOLOR DENTAL.

En caso de usar plantas, preparados y/o soluciones para calmar el "dolor de muela" ¿Cuál usó?		
ALTERNATIVAS	N°	%
Vegetal	67	68.4%
Emplastos o preparados	31	31.6%

GRAFICO N° 16 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN EL CASO DE USAR PLANTAS, PREPARADOS Y/O SOLUCIONES PARA CALMAR EL DOLOR DENTAL.



Tabla N° 16 se observó que los pobladores del Varillal según la muestra, utilizan en mayor porcentaje los vegetales (68,4%), y en menor porcentaje la población utilizan emplastos y/o preparados (31,6%)

TABLA N° 17 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIERON PARA CONTROLAR EL DOLOR DENTAL.

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIERON PARA CONTROLAR EL DOLOR DENTAL		
ALTERNATIVAS	N°	%
Extracción dental	101	55.5%
Curación de la pieza dentaria con: amalgama, resina.	81	44.5%

GRAFICO N° 17 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIERON PARA CONTROLAR EL DOLOR DENTAL.

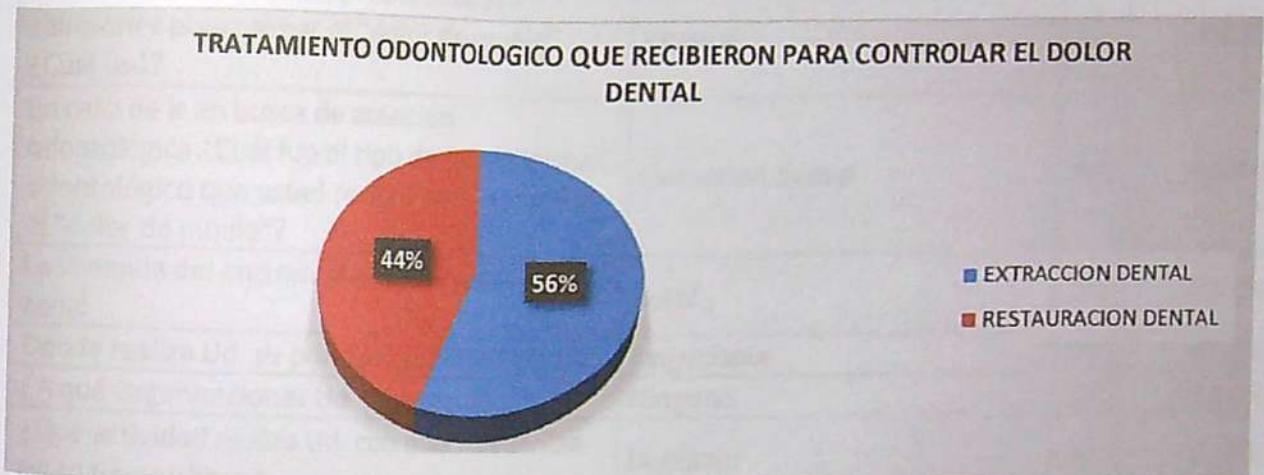


Tabla N° 17 se observó que los pobladores del Varillal según la muestra, recibieron atención odontológica en mayor porcentaje para calmar el dolor dental, la extracción dental (55.5%), y en menor porcentaje de la población le realizaron para calmar el dolor; restauraciones dentales (44.5%)

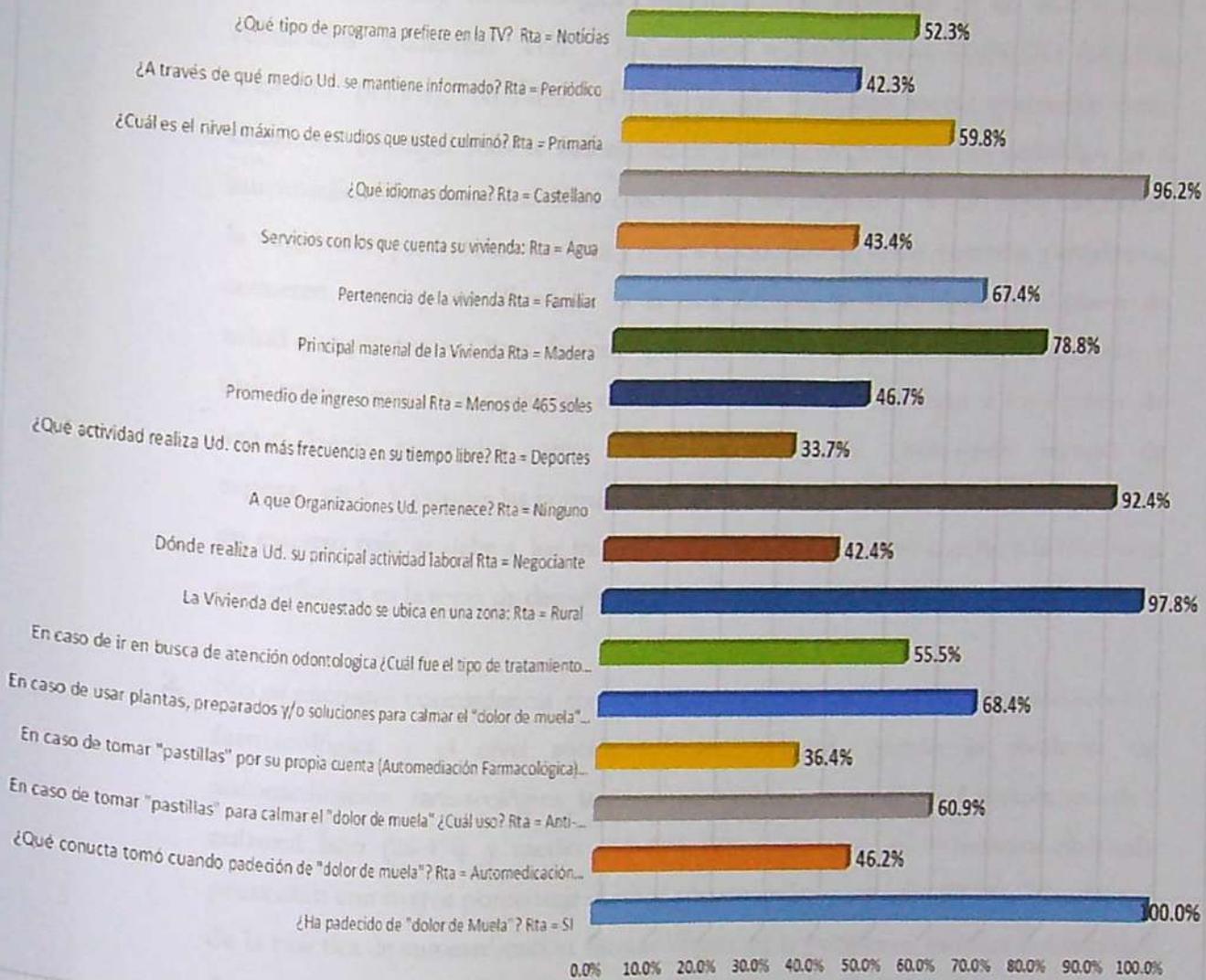
TABLA N° 18 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN MAYOR PREVALENCIA.

PREGUNTAS	MAYOR PREVALENCIA	N°	%
¿Ha padecido de "dolor de Muela"?	SI	184	100.0%
¿Qué conducta tomó cuando padeció de "dolor de muela"?	Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional	85	46.2%
En caso de tomar "pastillas" para calmar el "el dolor de muela" ¿cuál uso?	Anti-inflamatorio	112	60.9%
En caso de tomar "pastillas" por su propia cuenta (Automedicación Farmacológica) para calmar el "dolor de muela" ¿Quién es la persona que le aconsejó la adquisición del medicamento que tomó?	Amigos	67	36.4%
En caso de usar plantas, preparados y/o soluciones para calmar el "dolor de muela" ¿Cuál usó?	Vegetal	67	68.4%
En caso de ir en busca de atención odontológica ¿Cuál fue el tipo de tratamiento odontológico que usted recibió para controlar el "dolor de muela"?	Extracción dental	101	55.5%
La Vivienda del encuestado se ubica en una zona:	Rural	180	97.8%
Dónde realiza Ud. su principal actividad laboral	Negociante	78	42.4%
¿A qué Organizaciones Ud. pertenece?	Ninguno	170	92.4%
¿Qué actividad realiza Ud. con más frecuencia en su tiempo libre?	Deportes	62	33.7%
Promedio de ingreso mensual	Menos de 465 soles	86	46.7%
Principal material de la Vivienda	Madera	145	78.8%
Pertenencia de la vivienda	Familiar	124	67.4%
Servicios con los que cuenta su vivienda:	Agua	79	43.4%
¿Qué idiomas domina?	Castellano	177	96.2%
¿Cuál es el nivel máximo de estudios que usted culminó?	Primaria	110	59.8%
¿A través de qué medio Ud. se mantiene informado?	Periódico	78	42.3%
¿Qué tipo de programa prefiere en la TV?	Noticias	103	52.3%

GRAFICP N° 18 POBLADORES DEL VARILLAL SEGÚN MAYOR

PREVALENCIA

PREGUNTAS CON LA MAYOR PREVALENCIA



Según tabla N° 18 se observó en mayor prevalencia que los pobladores del Varillal han padecido de dolor dental (100%), seguido que el mayor porcentaje que los pobladores consumen para calmar el dolor dental antiinflamatorios (60.9%), como también prevalece con mayor porcentaje que los pobladores presentan instrucción académica del nivel primario (59.8%) y finalmente los pobladores con mayor porcentaje sobre la conducta tomada frente al dolor dental es de automedicación farmacológica y tradicional (46.2%).

6 DISCUSION

1. Se encontró concordancia en la relación entre la automedicación farmacológica y tradicional con el nivel socioeconómico cultural ($P=0.033$). Siendo la conducta principal de los pobladores del centro poblado del Varillal ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica y automedicación tradicional en un 46.2%. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por: AGUEDO (64.61%), TELLO (43.9%), NUÑEZ (47.4%) ya que presentan mayor porcentaje como conducta principal solo la automedicación farmacológica; más no coinciden en la automedicación tradicional. Ésta conducta podría explicarse debido a que cuenta con la vegetación presente en esa área y mayor conocimiento sobre vegetales y emplastos; recurren a esa opción. También a la falta del área de odontología en el puesto de salud que presentan. Otros factores podrían ser los de tipo sociales, económicos y culturales, entre los cuales se encuentran la dificultad de llegar a los centros de salud (largos recorridos, altos costos de transporte, prolongado tiempo de espera, etc.) Y porque las consultas privadas son caras. Un factor social importante en nuestro país, se debe a los medios de comunicación como la radio y la televisión que influyen en la toma de decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia.
2. No se encontró concordancia con AGUEDO en la relación entre la automedicación farmacológica y el nivel socioeconómico cultural. Siendo la conducta de automedicación farmacológica la de mayor porcentaje en el nivel socioeconómico cultural bajo (26.4%) y medio (15.4%). Ya que según mi estadística obtenida presentan con mayor porcentaje el nivel socioeconómico medio 83.7%. El aumento de la práctica de automedicación farmacológica en la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, es esencial que dicha información se adecue al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida, y podría evitar la mayoría de los riesgos y complicaciones que conlleva la automedicación farmacológica.
3. No se encontró relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y la edad. El grupo etáreo de mayor prevalencia de automedicación farmacológica dentro del rango de 31-40 años (12.0%), no concuerda con los estudios realizados

por: PARIS (35.6%), AGUEDO (29%), TELLO (35.6%), MAGALDI (81%). Estos resultados podrían explicarse debido a que las personas de 31-40 años se encuentran mayormente influenciadas por la presión de grupo y familiares.

4. Existe relación entre género masculino y tipo de conducta para manejar el dolor 21.7% Estos resultados concuerda con los estudios realizados por PARIS; y difieren con: AGUEDO, GOMEZ, TELLO, AGUADO, ALARCON, GONZÁLEZ, y NUÑEZ ya que consideran que el género femenino presenta mayor automedicación farmacológica. Existe relación entre automedicación y género masculino ya que los varones tienden a obtener medicamentos que curen instantáneamente su dolencia por que se encuentran cortos de tiempo y acuden a lo más fácil y al alcance de su bolsillo. Sin embargo muchos de los antecedentes refieren que existe una prevalencia del género femenino, esto se podría explicar debido a que la mujer al estar mayor tiempo en casa se encuentra influenciada por la presión de grupo y familiares y por medios de comunicación como la radio y la televisión que influyen en la toma de decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia.
5. El tipo de medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación farmacológica fue el AINE (97.5%). Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por: LOPEZ, (59,3%), AGUEDO (49.25%), HOURS (78.9%), GONZALES (43%), ALARCON (36.9%), TELLO (56.44%), ELSY (47.6%). Siendo el medicamento más utilizado en la automedicación farmacológica el paracetamol (57.6%), y entre los AINES de menor uso se encuentra :Ibuprofeno (16.9%), Dolocordralan (20,1%). Esto se podría explicar debido a que existe una gran cantidad de AINES de venta libre y que son comerciales en nuestra cultura. Los usuarios han preferido auto medicarse con AINES, quizá por haberlos conocido por los medios de comunicación, familiares, amigos, farmacéuticos y/o a través de su médico al haber sido recetados para alguna dolencia anterior.

6. En la automedicación tradicional frente a un dolor dental prevalece el vegetal (68.4%). Este resultado concuerda con los estudios realizados por: AGUEDO (15.50%) y GÓMEZ (45.8%). Existe una prevalencia de mayor consumo de vegetal en la automedicación tradicional. Esto se debería a que la población aún conserva sus costumbres, culturas, hábitos y a que las plantas medicinales son obtenidos de sus propios huertos y también porque pueden ser adquiridos a precios extremadamente bajos con respecto al valor de productos farmacéuticos (químicamente sintetizados) lo que facilita su consumo.

7. Los amigos tiene una importante influencia en la automedicación (36.4%). Este resultado concuerda con el estudio de: MORILLO O. (35.2%). Difieren con AGUEDO (36.80%), TELLO (50.92%), NUÑEZ (32.5%), HOURS (37.1%). VERA ROMERO (77.9%).
Esto se debe a que los amigos a menudo constituye la vía directa de información para el paciente, debido a que es la persona que se encuentra en mayor frecuencia en contacto y brinda sus experiencias propias con dichos medicamentos que fueron eficaces en su momento para ellos.

8. El tratamiento de tipo odontológico para controlar el dolor dental fue en un mayor porcentaje la extracción dental (55%). Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por: MUZA (46.5%) Y ERNESTO (40%). Esto se explicaría debido a la influencia de los factores económicos, culturales, sociales y a las costumbres, cultura y hábitos que aún persiste en la población del Varillal. Que piensan que el tratamiento definitivo para calmar el dolor dental es la extracción dental. La influencia familiar y social sugiere que "Sacarse los dientes es lo mejor".
Concepto difundido por generaciones.

7 CONCLUSIONES.

- 1) Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural en los Pobladores del Varillal ($P= 0,033$).
- 2) Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y la edad de los Pobladores del Varillal ($P= 0,003$).
- 3) Se evaluó la relación entre el tipo de conducta ante el dolor dental y el género a través de la prueba de Chi Cuadrado concluyéndose que existe relación significativa $P=0.045$.
- 4) Existe relación entre género masculino y tipo de conducta para manejar el dolor dental en 21.7%, por lo que concuerda con la hipótesis planteada.
- 5) El tipo de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los AINES (97.5%). y en la automedicación tradicional los de origen Vegetal o plantas medicinales (68.4%).
- 6) El medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación farmacológica fue el paracetamol (57.6%), y entre los AINES de menor uso se encuentra : Ibuprofeno (16.9%), Dolocordralan (20,1%) .
- 7) La conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica y automedicación tradicional (46.2%) frente a las demás conductas ante el dolor dental, por lo que se acepta la hipótesis planteada.

8 RECOMENDACIONES.

1. Se sugiere a la Diresa que implementen el área de odontología a su puesto de salud para dar acceso a esta población que se encuentra en crecimiento y disminuir la automedicación.
2. Con este tipo de trabajo incentive más a la investigación, que aborda temas de interés social, y ayude a descubrir mucho más problemas que aquejan a la sociedad y dar la mejor solución.
3. Se sugiere realizar campañas de promoción de la salud bucal promoviendo las alternativas de tratamiento que existen para controlar el dolor dental además de la automedicación farmacológica y la extracción dental.
4. Se recomienda realizar programas de educación a los pobladores del centro poblado del Varillal para dar a conocer información sobre las complicaciones que podría conllevar el consumo de medicamentos sin prescripción médica.
5. Se recomienda realizar estudios de investigación acerca de las plantas medicinales más utilizadas por los pobladores del Varillal.
6. Realizar un estudio sobre los medicamentos utilizados tanto los farmacológicos como los de medicina tradicional, para poder evitar los efectos secundarios.
7. Se recomienda verificar la presencia de un profesional farmacéutico capacitado en la zona ya que este es el lugar donde los pobladores pueden acudir y obtener mayor información sin costo de consulta.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. **AGUADO M.** Automedicación en Estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Atención farmacéutica. Acta Farmacológica Bonaerense.2005; Argentina: 24(2): 271- 6.
2. **AGUEDO.** Relación entre la automedicación para el manejo del dolor dentario y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de independencia, Huaraz, 2007. Tesis Bachiller Odontología, UNMSM. Lima, Perú. 2007.
3. **ANGELES P.** Automedicación en Población Urbano de Cuernavaca, Morelos. Salud Pública de México. N°5. Vol. 34. México. Setiembre- Octubre del 1992.
4. **ALVARADO J.** Antibióticos y Quimioterápicos, 1era Ed. Apuntes Médicos del Perú. Perú. 1999; pp 47- 55/ 171- 188.
5. **ALVARADO S.** Automedicación. Sinfonet Nuestra Net y Cruz. Blanca Panameña a la comunidad, 1997.
6. **ARROYO J.** El proceso del sector salud 1990-1995: colapso operativo y reforma sanitaria silenciosa. An. Fac Med Lima. 1996; 57:188-95.
7. **ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MARKETING.** Índice de nivel socio económico argentino; Argentina.1998.
8. **BARRANCOS MONEY Julio, J. BARRANCOS Patricio.** Operatoria Dental 2006 pag. 333.
9. **BIRCH S.** Market forces and market failure in the general dental service. The efficiency and equity implications of manpower redistribution. Community Dent Health 1988; 5:95-111.
10. **BRACK EGG A.** Diccionario Enciclopédico de Plantas Útiles en el Perú. Cuzco: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 1999.
11. **BRANNSTRÖM M.** Sensitivity of dentine. Oral surg. Oral Med Oral Pathol 1966; 21: 517- 526.
12. **CARBONELL ABELLÓ Jordi.** Semiología de las enfermedades Reumática-Editorial médica Panamericana (Madrid) pag. 3, 2006.
13. **CARDONA F, CARBONELLE, LLORIA E.** Terapéutica antimicrobiana en

- Odontoestomatología. Madrid: IM Y C editores, 1996:249-273.
14. **CENTRO POBLADO DEL VARILLAL.** Disponible en el padrón de secretario del Varillal-Iquitos. 2015
 15. **COWAN MM.** Plant Products as Antimicrobial Agents. Clin Microbial Rev. 1999. Elementos, recursos y organización de la medicina indígena tradicional, disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/041874/modulo1-2.pdf>.
 16. **CLANCY J. et al.** Neurophysiology of Pain. Br J Theatre Nurs 1998; 7: 19, 22-7.
 17. **DAWSON, TAYLOR y REIDE.** Lo Esencial en Farmacología, 2da Edic. Edit. Mosby. Inglaterra. 2003.
 18. **DÍAZ RM et al.** Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Revista ADM Vol. LVIII, No. 2 Marzo-Abril 2001 pp. 68-73.
 19. **ELSY MINÍ et al.** Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal. Rev. Perú Med Expo. Salud Pública. 2012; 29(2): 212-17.
 20. **EL ERGONOMISTA,** Definición de Conducta. consulta en línea febrero 2009 <http://www.elergonomista.com/biologia/conducta.htm>
 21. **ERNESTO et al,** Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. Valle de Aburra 2000. CES odontología; 14(1):13-18, ene.-jun. 2001.
 22. **FLORIFE FAJARDO et al.** Plantas que curan, Salud plantas medicinales. 1ª. Edic. Imprimatur. Managua, 1998.
 23. **FRENCH C.** Automedicación y Uso Racional del Medicamento en el IPSS. Boletín Terapéutico Toxicológico. N° 4. Perú. 1997.
 24. **GALINDO R. A. Et al.** Estilos de vida del profesional asistencial de salud del hospital regional de ayacucho y hospital ii essalud huamanga durante los meses abril – julio 2010. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. 2010.
 25. **GONZÁLEZ A. M.** Automedicación con AINE por los usuarios de dos consultas de Atención Primaria. Gac Med Bilbao. 2006; 103: 54-57.
 26. **GUYTON AC, HALL JA.** Tratado de fisiología médica. 10.ª ed., McGraw-Hill 2001, p 669-680.

27. **HERNANDEZ S. Roberto, FERNANDEZ C. Carlos, B. L. Pilar.** Metodología de la investigación. Cuarta edición/ capítulo 7, pag. 157-231. 2006.
28. **HILAS E.** Concepciones de salud predominantes en comunidades rurales dispersas, Rev. Cubana Estomatológica 2004; 41(3).
29. **HOFFERT MJ.** The Neurophysiology of Pain. Neurol Clin 1989, 7: 1983-203.
30. **HOURS P. J.E ET.AL.** Estudio de la utilización de analgésicos en el tratamiento de procesos dolorosos ocasionales, leves y moderados, en farmacias comunitarias. Pharmaceutical Care España 2007; 9(1): 10-18.
31. **INFORMACIÓN TERAPÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Vol. 24—N. ° 6-2000.
32. **KALSBECK H et al.** Tooth loss and dental caries in Dutch adults. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19:201-4.
33. **LAMB CHARLES et al.** Marketing. Editorial Thomson S.A., Sexta Edición; 2002, Pág. 152.
34. **LARA N et al.** Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhua, Distrito Federal. Revista ADM Vol. No. 2 Marzo-Abril 2000, p 45-49.
35. **LAPORTE JR.** Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? Med Clin (Barc) 1997; 109: 795-6.
36. **LAVIELLE PILAR et al.** Conducta del enfermo ante el dolor crónico. Rev. Salud Pública de México/vol.50, no.2, marzo-abril de 2008.
37. **LÓPEZ, J. ET AL.** Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. Rev. Salud Pública, mayo. 2009, 11 (3), p. 432- 442.
38. **LÓPEZ R.** Morbilidad y Medicamentos en Perú y Bolivia. Agosto, 1990.
39. **MARTHALER TM et al.** The prevalence of dental caries Europe 1990-1995. Caries Res 1996; 30:237-55.
40. **MAGALDI, L.** Fármaco vigilancia y hábitos de consumo de medicamentos en los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. Revista de la Facultad de Medicina. 2004.
41. **MANAU C, ECHEVERRIA JJ.** Enfermedades periodontales. Barcelona: 2ª ed. Masson

- editores, 1999: 137-152.
42. **MANAU NAVARRO, SERRA MAJEM.** Odontología preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona. 3do ed. Masson editores, 1999:15-23.
 43. **MEJÍA, Kember; RENGIFO, Eisa.** Plantas Medicinales de Uso Popular en la Amazonía Peruana Lima, Agencia Española de Cooperación Internacional. Primera edición: 1995, Segunda edición corregida y aumentada: setiembre 2000. 286 p.; il.; 23 cm. Pag. 13-56
 44. **M. GÓMEZ O.** Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la Ciudad de Toluca. Rev. Mexicana de ciencias Farmacéuticas. 2009; Volumen 40 • Número 1
 45. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.** Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa; Guatemala p. 13.
 46. **MORILLO ORTEGA et al.** Factores relacionados con la automedicación en los estudiantes de enfermería de la facultad ciencias de la salud de la universidad Técnica del Norte, en la ciudad de Ibarra en el periodo enero-agosto 2010.
 47. **MONTALVO J.** Factores Asociados a la Automedicación en la Población Urbano-Marginal del Distrito de Chiclayo. 1999. Tesis (Médico Cirujano) Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo- Lambayeque. 1999. pp 1- 4.
 48. **MUZA C.** Causas de extracciones en el servicio de emergencia dental, Hospital Rancagua. Rev. Cuadernos Médico Sociales Vol. 47, N°4; 2007.
 49. **NETO R y LLAUGER G.** Estudio del Consumo de Medicamentos y Automedicación en Lima Metropolitana. Revista Médica Herediana. 1992: 3: 101.
 50. **NÚÑEZ ACEVEDO,** Manejo del dolor dentario de los pobladores de la zona rural y urbana del distrito de Otuzco – La Libertad año 2002. Tesis Bachiller Odontología, UNMSM. Lima, Perú. 2002.
 51. **OPS.** Serie Informes Técnicos, 622, 1978. p. 7 y 8. Citado por OPS – OMS.
 52. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Estadísticas de prevalencia de la automedicación en el Perú. <http://www.oms.org.pe/biblioomspub/bancopub/Est/Lib0838/.../index.htm>.
 53. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington, DC: Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS); 1999.

54. **PALACIOS E, SÁENZ L, Y RONDÓN Q.** Dolor en estomatología. 1º edición. Lima, Perú. 1998.
55. **PARI.** Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico de los pobladores del distrito de Juliaca-Puno, 2010. Tesis de Bachiller Odontología, UNMSM. Lima, Perú. 2010.
56. **PARIS A.S.** Estudio Sobre La Automedicación En La Comunidad Valenciana. Valencia, Mayo de 2009.
57. **PÉREZ RUIZ A.** Hipótesis Actuales Relacionadas con la Sensibilidad Dentinal. Rev Cubana Estomatología 1999;36(2):171-5
58. **PIZARRO V. et al.** Estado de salud oral de personas mayores no institucionalizadas de Barcelona. XXI Reunión Científica de la SEE, conjunta con la Federación Europea de Epidemiología de la Asociación Internacional de Epidemiología. Toledo. Gac Sanit 2003; 17(Supl.2): 75.
59. **POZOS GUILLÉN et al.** Manejo Clínico- farmacológico del dolor dental- México. Rev. Med. 01. pp 34-36. 2008
60. **SCHWARZ E.** Changes in utilization and cost sharing within the Danish National. Health Insurance dental program, 1975-90. Acta Odontol Scand 1996; 54:36-43.
61. **S. G. Palsule -** Odontología y Homeopática - pag. 27,1997
62. **SERRANO GONZÁLES María Isabel.** La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y Salud-2da edición. Pag. 445, 2002.
63. **TELLO S.,** Factores asociados a la Prevalencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú. Rev. Med. 01: pp 26-29. 2005.
64. **VALDIVIA F et al.** Uso de la medicina tradicional en diabetes mellitus no insulino-dependiente. An Fac Med Lima. 1996; 57:180-3.
65. **VERA ROMERO et al.** La Automedicación: una problemática nacional y regional que se debe prevenir. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2011; 4(2).
66. **WAIZEL-B. J., MARTÍNEZ R. I.** Plantas empleadas en odontalgias I.Rev. ADM; Vol. LXIV, No. 5 Septiembre-Octubre 2007 pp 173-186.

67. **YAMAGUCHI D.** La automedicación: su prevalencia y factores de riesgo en trabajadores del Sector Salud. Tesis para optar el grado académico de maestro en salud pública con mención en epidemiología. 2003.
68. **ZATZICK D. et al.** Cultural variations in response to painful stimuli. *Psychosom Med.* 1990 Sep-Oct; 52(5): 544-57.
69. **ZERÓN J. et al.** Código de Ética. Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas. 2006. Disponible en la Word Wide Web: [http//.www.ccdqroo.Org/codigoetica.htm](http://.www.ccdqroo.Org/codigoetica.htm).

10. ANEXOS

a. Instrumento de recolección de datos

Anexo N° 1

ENCUESTA

CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL EN RELACIÓN AL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN EL CENTRO POBLADO DEL VARILLAL EN EL DISTRITO DE SAN JUAN-IQUITOS- 2015

I. FILIACIÓN

Edad:.....

Género: M () F ()

II. DATOS DE LA CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL.

1) ¿Ha padecido de “dolor de muela”?

a) Si b) No

2) ¿Qué conducta tomó cuando padeció de “dolor de muela”?

- a) Automedicación Farmacológica.
- b) Automedicación Tradicional.
- c) Medicación Profesional.
- d) Atención Odontológica. (extracción dental, curaciones, endodoncia, otros).
- e) Ninguna.
- f) Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional.

3) En caso de tomar “pastillas” para calmar el “dolor de muela” ¿Cuál usó?

- A) Anti-inflamatorios: _____
- B) Antibióticos: _____
- C) Otros: _____
- D) No recuerda: _____

4) En caso de tomar “pastillas” por su propia cuenta (Automedicación Farmacológica) para calmar el “dolor de muela” ¿Quién es la persona que le aconsejó la adquisición del medicamento que tomó?

- a) Padres
- b) Otros Parientes
- c) Amigos
- d) Farmacéutico
- e) Por decisión propia

5) En caso de usar plantas, preparados y/o soluciones para calmar el "dolor de muela" ¿Cuál usó?

- a) Vegetal: _____
- b) Animal: _____
- c) Mineral: _____
- d) Emplastos o preparados: _____
- e) Otros: _____

6) En caso de ir en busca de atención odontológica ¿Cuál fue el tipo de tratamiento odontológico que usted recibió para controlar el "dolor de muela"?

- a) Extracción dental.
- b) Curación de la pieza dentaria con: amalgama, resina, endodoncia.
- c) Matar el nervio del diente (endodoncia)
- d) Otros (especifique): _____

III. DATOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

3.1 NIVEL SOCIAL

1. La vivienda del encuestado se ubica en una zona: (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Rural () b) Urbano-marginal () c) Urbano ()

2. Dónde realiza Ud. su principal actividad laboral? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) En una Institución Pública o Privada () b) En el campo ()
c) Ama de casa () d) Negociante () e) No trabaja ()

3. A que Organizaciones Ud. pertenece? (VARIAS ALTERNATIVAS)

- a) Ninguno () b) Clubes () c) Sindicatos ()
d) Grupo () e) Asociaciones ()

4. ¿Qué actividad realiza Ud. con más frecuencia en su tiempo libre? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Pasea con amigos () b) Duerme () c) Deportes ()
d) Ve TV, lee, Internet () e) Ninguno ()

3.2. NIVEL ECONÓMICO

1. Promedio de ingreso mensual : (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) No recibe ingresos b) Menos de 465 soles c). 465 - 930 soles
d) 930 - 1395 soles e) 1395 - 1860 soles

2. Principal material de la vivienda (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Estera () b) Piedra con barro () c) Adobe ()
d) Madera () e) Ladrillo- cemento ()

3. Pertenencia de la vivienda (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Familiar () b) Propia por invasión () c) Alquilada ()
d) Propia pagándose a plazos () e) propia pagada ()

4. Servicios con los que cuenta su vivienda:(VARIAS ALTERNATIVAS)

- a) Electricidad () b) Agua () c) Desagüe ()
d) Cable () e) Internet ()

3.3. NIVEL CULTURAL

1. ¿Qué idiomas domina? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Castellano () b) Quechua - Castellano () c) Castellano -
Inglés () d) Castellano - Inglés y otro ()

2. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que usted culminó? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

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

3. ¿A través de qué medio Ud. se mantiene informado? (VARIAS ALTERNATIVAS)

- a) Amigos, vecinos () b) TV. cable () c) Radio ()
- d) Internet () e) Periódico ()

4. ¿Qué tipo de programa prefiere en la TV? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Dibujos animados () b) Novelas () c) Películas ()
- d) Series () e) Noticias ()

Anexo N° 2

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente es una hoja de consentimiento informado realizada por una alumna bachiller de la Escuela de Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú; para realizar la investigación de la conducta ante el dolor dental en relación al nivel socioeconómico –cultural en el centro poblado del Varillal - Iquitos- 2015, para lo cual solicito su participación voluntaria a través del llenado de la misma.

Yo.....
acepto ser examinado(a) y colaborar con el presente trabajo de estudio, cuyo fin es obtener información que será usada para mejorar programas de salud y así mejorar mi calidad de vida.

.....
Firma

Responsable del trabajo: Helsea Gonzales Gómez
Bachiller en Estomatología

Fecha de aplicación:
Acepta ser examinada

Anexo 3

FOTOS DE LA INVESTIGACIÓN



Foto N° 01. Recolección de datos zona rural.



Foto N° 02 Recolección de datos de los pobladores del Varillal.