

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE  
MOGROVEJO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON  
EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN POBLADORES  
DEL DISTRITO DE PIMENTEL, 2014**

**JUAN DAVID RICARDO BECERRA GÓMEZ**

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

**Chiclayo, 27 de enero de 2015**

**CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON  
EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN POBLADORES  
DEL DISTRITO DE PIMENTEL, 2014**

POR:

Juan David Ricardo Becerra Gómez

Tesis presentada a la Escuela de Odontología de la Facultad de  
Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo,  
para optar el Título de **CIRUJANO DENTISTA**

APROBADO POR:

---

Denisse Mabel Arones Mazzeto  
Presidente del Jurado

---

Mariano Ortiz Pizarro  
Secretario del Jurado

---

María Elizabeth Cruz Flores  
Vocal/Asesor de Jurado

**CHICLAYO, 2015**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años de mi carrera.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, a mis padres por su esfuerzo para poder salir adelante, a mis hermanas por su gran ejemplo y a mi asesora la Dra. Elizabeth Cruz por su apoyo en este trabajo de investigación.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iv
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	7
<b><i>ABSTRACT</i></b>	8
<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>	12
<b>CAPÍTULO II MATERIALES Y MÉTODOS</b>	27
2.1 Diseño metodológico	27
2.2 Población, muestra de estudio y muestreo	27
2.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
<b>CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	34
3.1 Resultados	34
3.2 Discusión	39
<b>CONCLUSIONES</b>	42
<b>RECOMENDACIONES</b>	43
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	44
<b>ANEXOS</b>	46

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Frecuencia de las diferentes conductas ante el dolor en pobladores del distrito de Pimentel, 2014	34
Tabla N° 2: Medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica de los pobladores del distrito de Pimentel, 2014	35
Tabla N° 3: Clase de medicamento natural más utilizado en la automedicación tradicional en pobladores del distrito de Pimentel, 2014	35
Tabla N° 4: Nivel Socioeconómico – cultural de los Pobladores del distrito de Pimentel, 2014	36
Tabla N° 5 Relación entre la conducta ante el dolor dental y la ubicación de vivienda de los pobladores del distrito de Pimentel, 2014	36
Tabla N° 6: Tratamiento odontológico de mayor frecuencia que se realizaron los pobladores del distrito de Pimentel, 2014	37
Tabla N° 7: Conducta de mayor frecuencia y su relación con el nivel socioeconómico - cultural en pobladores del distrito de Pimentel, 2014	38

## RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico - cultural en pobladores del distrito de Pimentel, Lambayeque, 2014. El estudio de investigación de acuerdo al diseño de contrastación es cuantitativo, no experimental, de corte transversal y prospectivo, en el cual participaron 137 pobladores escogidos de dos zonas las cuales fueron rural y urbana. Se aplicaron encuestas previamente diseñadas y validadas para la recolección de datos. Los datos obtenidos se analizaron mediante estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes. La relación entre variables fue analizada mediante la prueba estadística Chi-cuadrado al 95% de confiabilidad. Los resultados demostraron que la conducta ante el dolor dental con mayor frecuencia fue la automedicación farmacológica con un 47%. La clase de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los antiinflamatorios con un 72%. La clase de medicamento más utilizado en la automedicación tradicional fue el clavo de olor 54%, seguido del ajo 32%. Se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el área urbana con un 29%. El tratamiento de tipo odontológico que se realizó para controlar el dolor dental en un mayor porcentaje fue la extracción dental con un 58% y en menor porcentaje fue la endodoncia con un 8%. La conducta ante la odontalgia o dolor dental de mayor prevalencia se dio en el nivel socioeconómico- cultural bajo con un 34%.

Palabras claves: Conducta, Odontalgia, Clase social, Automedicación. (DeSC)

## **ABSTRACT**

The purpose of this investigation was to determine the relationship between behavior before dental pain and socioeconomic status - Cultural District in people Pimentel, Lambayeque, 2014. The research study according to the type of contrasting design is not experimental, and prospective cross-cutting, in which 137 people participated chosen three areas which were rural and urban. Surveys were applied previously designed and validated for data collection. The data obtained were analyzed using descriptive statistics, frequencies and percentages. The relationship between variables was analyzed by the statistical test Chi-square test at 95% confidence. The results showed that the management of dental pain most frequently was pharmacological medication with 47%. The most widely used class of drug self-medication with anti-inflammatory drugs was 72%. The class of drugs most used in traditional self-medication was the cloves (54%), followed by garlic (32%). Higher percentage of drug self-medication was found in urban areas with 29%. Treatment of dental type was performed to control dental pain in a greater percentage dental extraction was 58% and the lowest percentage was 8% endodontics. The behavior to the toothache or dental pain has highest prevalence in the cultural socioeconomic-low level at 34%.

**Keywords:** Behavior, Toothache, Social class, Self-medication. (DeSC)

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, se carece de estudios dirigidos a conocer las distintas conductas ante el dolor dental que toman los pobladores de las zonas urbanas y rurales de los diferentes distritos de la Provincia de Chiclayo. Además, de la relación que éstos comportamientos tienen con los factores sociales, económicos y culturales que los modifican.

Por lo general el individuo que lo padece no acude a la consulta profesional no solo por el costo sino también por la carencia de estos servicios en algunos sectores del interior de la ciudad, 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.<sup>1</sup>

El nivel socio económico - cultural que caracteriza a las personas de las diferentes zonas del distrito de Pimentel es un factor que determina la futura conducta frente al padecimiento del dolor dental. En muchos casos las personas toleran el dolor; o si acuden al odontólogo van con la idea de extraer la pieza afectada.<sup>2</sup>

Asimismo, se sabe que las comunidades que precinden de los recursos para acceder a una salud dental óptima, suelen automedicarse de forma empírica, sin

tener en cuenta las secuelas que éstas traen consigo cuando no son administradas de forma responsable y acertada.<sup>3</sup>

Es decir, cuando no se tiene una orientación adecuada ante los dolores dentales que se padecen puede llevarlos a optar por la vía más frecuente como la automedicación, la cual es un problema de Salud Pública, ya que puede ocasionar riesgos y complicaciones en la salud individual, familiar y colectiva.<sup>4</sup>

Ante esto nos hacemos la siguiente pregunta ¿Cuál es la conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Pimentel, 2014?

Pretendiendo conocer los elementos tradicionales y farmacológicos de mayor frecuencia en dicha población, basándonos en diversos aspectos como la ubicación de vivienda y el 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 dental de los pobladores del distrito de Pimentel se basa en la automedicación farmacológica.

#### Objetivo general

- Determinar la conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico - cultural en pobladores del distrito de Pimentel, Lambayeque, 2014.

#### Objetivos específicos

- Identificar la conducta ante el dolor en pobladores del distrito de Pimentel.
- Identificar la clase de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica de los pobladores del distrito de Pimentel

- Identificar el producto natural más utilizado en la automedicación tradicional en pobladores del distrito de Pimentel.
- Identificar el nivel socioeconómico cultural de los pobladores del distrito de Pimentel.
- Determinar el tratamiento odontológico de mayor frecuencia que se realizaron los pobladores del distrito de Pimentel.
- Determinar la relación entre la conducta ante el dolor dental y la ubicación de vivienda de los pobladores del distrito de Pimentel.

La automedicación se origina por diversas causas y en su prevalencia influyen diferentes factores. Sin embargo estudios previos aseguran que la conducta ante el dolor dental está profundamente influenciado por las condiciones socioeconómico-culturales y la ubicación de vivienda.<sup>2, 34</sup>

Por todos éstos factores es necesario conocer qué conductas, recursos y métodos utilizan los pobladores tanto urbanos como rurales del distrito de Pimentel, que no cuentan con servicios de salud y si lo tienen muchas veces son insuficientes, con el fin de impulsar estrategias de intervención más eficaces y desarrollar e implementar estrategias mediadoras de promoción de salud bucal basadas en el diagnóstico tomando en cuenta las dimensiones socioculturales; se eligió Pimentel por ser un distrito modelo según el grado cultural y económico que rige en nuestro departamento.

## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 Antecedentes del Problema**

Paris<sup>7</sup> realizó un estudio descriptivo, retrospectivo 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 el porcentaje actual de la automedicación en la población estudiada es de 80%.

López *et al.*<sup>8</sup> realizaron un estudio en una muestra de 453 personas encontrando automedicación farmacológica en un 27,3%. Concluyeron que los medicamentos más consumidos por automedicación son analgésicos (59,3%), antigripales (13,5 %) y vitaminas (6,8 %) y que los principales problemas por los cuales las personas se automedican son dolor, fiebre y gripa.

Gómez *et al.*<sup>9</sup> realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y los factores que predisponen a la automedicación en la población. Se analizaron las adquisiciones de medicamentos en la farmacia. Concluyeron que los productos ingeridos para curar enfermedades destacan el uso de medicamentos alopáticos, pero también gran proporción los productos herbolarios ( $p < 0.05$ ). 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.

Hours *et al.*<sup>10</sup> 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. Concluyeron que el 78,9% de los pacientes solicitaron el analgésico por automedicación. El dolor dental fue el trastorno para el que se solicitó mayor indicación farmacéutica (37,1%).

González *et al.*<sup>11</sup> realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer el porcentaje de automedicación con AINES entre los usuarios de dos consultas de atención primaria en las dos últimas semanas, y describir características de dicha automedicación. Concluyeron que la automedicación es de tipo 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.

Aguedo<sup>2</sup> en Huaraz, realizó un estudio cuyo objetivo fue encontrar la relación entre la automedicación ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural. Se concluyó que la automedicación de mayor prevalencia fue la 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.

Muza<sup>23</sup> realizó una investigación cuyo objetivo fue dar a conocer las causas de las extracciones dentales en el Servicio de Emergencia Dental, Hospital Rancagua. Se determinó que el motivo predominante para buscar ayuda en el servicio de emergencia fue dolor dental.

Misrachi *et al.*<sup>24</sup> realizaron un estudio acerca de los conocimientos sobre patrones culturales que influyen los comportamientos de salud bucal en poblaciones urbano-marginales. Concluyendo que el 90% ha sufrido una experiencia dolorosa a causa de una pieza dentaria, de éstos, el 35% acude a la consulta dental y el 65% se automedican, predominando la automedicación tradicional sobre la automedicación farmacológica.

Tello<sup>30</sup> realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la proporción de la automedicación y al nivel de conocimientos de las complicaciones en la población mayores de 18 años del distrito de Chiclayo durante marzo del 2005.

La cantidad de personas que se automedican en la población estudiada fue de 43,9%. Se determinó que el fármaco 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%).

Nuñez<sup>31</sup> realizó una encuesta en Otuzco-La Libertad 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 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.

Ernesto<sup>32</sup> 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, no hay preocupación por la enfermedad bucal, sino por la presencia del dolor dental.

Pari<sup>34</sup>, 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%).

## 1.2 Bases Teórico Científicas

### 1.2.1 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.<sup>15</sup>

#### 1.2.1.1 Tipos de conducta

##### - 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.<sup>15</sup>

## - 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: <sup>16</sup>

### 1.2.2 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 dental. Son todas las acciones que los sujetos llevan a cabo con el fin de obtener un diagnóstico y/o tratamiento para el dolor dental. 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.<sup>1</sup>

### 1.2.3 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. 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.<sup>12</sup>

#### 1.2.3.1 Tipos de dolor

Se han realizado diversas clasificaciones del dolor teniendo en cuenta la evolución cronológica podemos definir dos modalidades básicas:

- Dolor agudo (menor a 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  $\delta$ ). 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.<sup>13</sup>

- Dolor crónico (mayor a 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.<sup>13</sup>

#### 1.2.3.2 Dimensiones clínicas del dolor

El dolor es una percepción que posee varias dimensiones: duración, intensidad, localización, características y percepción.<sup>14</sup>

- 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).<sup>14</sup>

- 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), Máximo dolor (10).<sup>14</sup>

#### - 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.<sup>14</sup>

#### - 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 glosodinias.<sup>14</sup>

#### - Percepción

La influencia de la cultura y la etnia en la percepción y la expresión del dolor es un tema de investigación desde los años cincuenta (Zborowski). En los noventa Zatzick y colaboradores <sup>27</sup> en una meta análisis de trece trabajos publicados no se encontró relación en la capacidad de diferenciar estímulos dolorosos entre grupos étnicos. No obstante, la valoración de la percepción del dolor entre

hombres y mujeres denota una sensibilidad algo mayor al dolor para las féminas que para los varones.<sup>14</sup>

#### 1.2.4 Automedicación

- **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). 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.<sup>25</sup>

La AU constituye una decisión del propio paciente, a veces aconsejado por amigos o familiares u otro tipo de informaciones, tomada en función de la gravedad de la enfermedad y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico, o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario.<sup>26</sup>

- **Automedicación Tradicional**

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.”<sup>27</sup>

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.<sup>28</sup>

#### 1.2.5 Nivel Socioeconómico – cultural

Está constituido por: nivel social, económico y 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. Se puede caracterizar de acuerdo a:

- La inserción social del hogar en forma directa.
- 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).<sup>2</sup>

- 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).<sup>22</sup>

- Nivel Económico

Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes tales como 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.<sup>22</sup>

- 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.<sup>22</sup>

### 1.2.6 Factor socioeconómico – 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 experiencia. 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 automedicación.<sup>18</sup>

Dentro de los factores económicos que influyen en la automedicación destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios de salud lo cual se traduce en la falta de prescripción por un profesional capacitado.<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup>

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 menores.<sup>21</sup>

### 1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**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 el cual es una experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño en la pieza dentaria.<sup>5</sup>

**Medicación Farmacológica:** Administración de una o más medicinas para curar o prevenir una enfermedad o aliviar un dolor físico.<sup>29</sup>

**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).<sup>25</sup>

**Automedicación tradicional:** Tipo de conducta ante el dolor dental en el cual se utiliza productos de origen natural: vegetal, animal, mineral, emplastos etc. <sup>27</sup>

**Nivel socioeconómico-cultural:** Dimensión del estudio de las poblaciones que involucra los conceptos de dimensión cultural, social y económica. Se toma como referencia lo ejecutado por INEI, dando como resultado..... medio alto, medio y bajo.<sup>6</sup>

**Ubicación de vivienda:** Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.<sup>35</sup>

#### 1.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Tipo		Escala
Conducta ante el dolor	Atención Odontológica	Recibe atención odontológica	Cualitativa	Categórica	Nominal
		Tipo de atención odontológica	Cualitativa	Categórica	Nominal
	Medicación Profesional	Prescripción médica	Cualitativa		
	Automedicación farmacológica	Clase de medicamento	Cualitativa	Categórica	Nominal
	Automedicación tradicional	Tipo de producto natural	Cualitativa	Categórica	Nominal
Ubicación de la vivienda		Urbano Rural	Cualitativa	Categórica	Nominal
Nivel Socioeconómico-cultural	Nivel Social				
	Nivel Económico	Cuestionario	Cualitativa	Categórica	Nominal
	Nivel Cultural				

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **2.1 Diseño Metodológico**

##### **2.1.1 Diseño de Investigación**

El presente estudio de investigación de acuerdo al diseño de contrastación es cuantitativo, no experimental, de corte transversal y prospectivo.

#### **2.2 Población, muestra de estudio y muestreo**

##### **2.2.1 Población**

La población o universo fueron 20,191 habitantes del distrito de Pimentel de la provincia de Chiclayo tomados como base el último censo del año 2007 según INEI.<sup>33</sup>

Dentro de esta población se establece 17409 habitantes del sector urbano y 2782 habitantes del sector rural.

### 2.2.2 Muestra de estudio

La muestra fue realizada por muestreo estratificado, mediante la afijación proporcional resultando 137 pobladores, de los cuales 118 son del sector urbano y 19 del rural. Utilizando la siguiente fórmula:

Tamaño total de la muestra

$$n = \frac{\sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}{ND + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^l N_i P_i Q_i}$$

Tamaño de cada estrato

$$n_i = n \left( \frac{N_i}{\sum_{i=1}^l N_i} \right) = n \left( \frac{N_i}{N} \right) = n(W_i)$$

Descripción:

n: Tamaño adecuado de la muestra

P: Nivel de riesgo del 5% (0.05)

Q: Constante, valor de 0.9

N: Tamaño de la población

ni: Tamaño del estrato de la población

### 2.2.3 Muestreo

El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, utilizando como criterio a la urbanización y al pueblo joven de mayor antigüedad de fundación de acuerdo a lo indicado por la municipalidad distrital de Pimentel.

### 2.2.4 Criterios de Selección:

- Ser psicológicamente apto
- Tener dominio del idioma español.

- Haber padecido del dolor dental.

## 2.3 Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

### 2.3.1 Validez del contenido

La validez del instrumento para nuestra realidad fue dada a través de juicio de tres (3) expertos en el tema como un magíster en odontología (E.R.B), una magíster en gerencia social (N.N.S) y una psicóloga con experiencia en temas del manejo de conducta (P.S.G). Se tomó como instrumento de recolección de datos el instrumento validado en la investigación de Aguedo<sup>2</sup>.

### 2.3.2 Capacitación

Los investigadores fueron capacitados por un cirujano dentista con 7 años de experiencia en temas sobre manejo de dolor, se realizó mediante una secuencia de exposiciones con respecto a las diferentes conductas que pueden adoptar los pacientes frente al dolor dental, con la finalidad de uniformizar criterios durante la recolección de datos y evaluación.

### 2.3.3 Piloto

Se entregó el cuestionario a cada poblador que se encontraba en casa, en un total de 42 encuestas entregadas, siendo una parte representativa de la población.

Se proporcionó la encuesta y un lapicero a todo poblador. El tiempo estimado para el llenado del cuestionario fue de 5 a 7 minutos. Una vez finalizada la participación, se preguntó a cada paciente si existía alguna duda, inquietud o problema en el desarrollo de la encuesta.

Este ensayo o prueba piloto se realizó durante el lapso de tres semanas interdiarias, con los pobladores de diferentes sectores. Una vez realizada la prueba piloto se hicieron las modificaciones correspondientes en aquellas preguntas que presentaron lenguaje técnico, poca claridad y objetividad.

#### 2.3.4 Validez y confiabilidad del Instrumento

La validez y confiabilidad se determinó a través de un análisis de consistencia, empleando la prueba estadística Alfa de Cronbach obteniendo una correlación de 0.75, lo cual dentro del análisis de confiabilidad se consideran confiables; esto si se toma en cuenta que los instrumentos altamente confiables son aquellos que logran puntuaciones mayores o iguales a 0.70 que permitirán garantizar la consistencia interna del instrumento y reducir el margen de error.

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>		
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados</b>	<b>N de elementos</b>
0.746	0.764	42

#### 2.3.5 Técnicas

La técnica utilizada fue la encuesta tipo individual. A cada poblador, que aceptó ser parte de la investigación mediante la firma del consentimiento informado, se le entregó el cuestionario, siendo el tiempo empleado para contestar las preguntas de 5 a 7 minutos. El cuestionario estuvo conformado por 03 partes, la primera parte contiene datos generales como la edad y el sexo; la segunda parte contiene 07 preguntas acerca de la conducta ante el dolor dental, en la tercera parte consta de 11 preguntas cerradas de respuesta múltiple divididas en tres grupos que evalúan el nivel social, económico y cultural. De las 11 preguntas, 10 tuvieron 5 alternativas de respuesta y a cada alternativa le corresponderá un puntaje.

La determinación del nivel socioeconómico-cultural de los individuos encuestados, fue establecida mediante la suma de los puntajes obtenidos por cada individuo para cada dimensión. Esta escala de determinación de nivel socioeconómico-cultural fue tomada de la investigación de Aguedo<sup>2</sup> quien lo realizó por escala de Estaninos. (Ver anexo 05)

Medio alto: Rango de puntaje 42 – 57 puntos

Medio: Rango de puntaje 29 – 41 puntos

Bajo: Rango de puntaje 16 – 28 puntos

#### 2.4 Plan de procesamiento para el análisis de datos

Luego de aplicar las fichas de recolección de datos, los mismos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 21. La escala de medición es nominal y se analizaron los resultados mediante estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes y estadística inferencial.

## 2.5 Aspectos éticos de la investigación

La participación en este estudio fue respetando las normas internacionales bioéticas, en los que sugiere el respeto por los principios de la bioética. Los participantes decidieron formar parte del estudio de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado (ver anexo 1), previa explicación y lectura de la hoja informativa (ver anexo 2). Los datos obtenidos en este estudio se manejarán en la confidencialidad y anonimato respectivo. El beneficio que se obtiene será impulsar estrategias de intervención preventivo-promocionales de salud bucal tomando en cuenta las dimensiones socioculturales. Los resultados generales serán publicados en una revista de investigación.

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

TABLA 1

Frecuencia de las diferentes conductas ante el dolor dental en pobladores del distrito de Pimentel, 2014

<b>CONDUCTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Automedicación Farmacológica	64	47%
Automedicación Tradicional	28	20%
Medicación Profesional	7	5%
Atención Odontológica	24	18%
Ninguna	4	3%
Automedicación Farmacológica y automedicación tradicional	10	7%
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>

TABLA 2

Tipo de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica de los pobladores del distrito de Pimentel, 2014

<b>CLASE DE MEDICAMENTO FARMACOLÓGICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Antiinflamatorios	46	72%
Antibióticos	11	17%
Antiinflamatorios y antibióticos	3	5%
No tomo ningún medicamento	4	6%
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

TABLA 3

Tipo de producto natural más utilizado en la automedicación tradicional en pobladores del distrito de Pimentel, 2014

<b>CLASE DE MEDICAMENTO TRADICIONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Clavo de olor	15	54%
Kion	2	7%
Ajo	9	32%
Canela	1	4%
Otros	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

TABLA 4

Nivel Socioeconómico – cultural de los Pobladores del distrito de Pimentel, 2014.

<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO - CULTURAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Bajo	81	59%
Medio	37	27%
Medio alto	19	14%
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>

TABLA 5

Tipo de tratamiento odontológico de mayor frecuencia que se realizaron los pobladores del distrito de Pimentel, 2014.

<b>TIPO DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Extracción dental	14	58%
Curación de la pieza dentaria	8	33%
Matar el nervio del diente (endodoncia)	2	8%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

TABLA 6

Conducta ante el dolor dental y su relación con la ubicación de vivienda de los pobladores del distrito de Pimentel, 2014

CONDUCTA	UBICACIÓN DE VIVIENDA DEL ENCUESTADO		
	RURAL	URBANO	TOTAL
Automedicación farmacológica	24 18%	40 29%	64 47% *
Automedicación tradicional	10 7%	18 13%	28 20% *
Medicación profesional	2 0%	5 4%	7 5% *
Atención odontológica	4 3%	20 15%	24 18% *
Ninguna	1 1%	3 2%	4 3% *
Automedicación farmacológica y automedicación tradicional	3 2%	7 5%	10 7% *
<b>TOTAL</b>	19 <b>14%</b>	118 <b>86%</b>	<b>137</b> <b>100%</b>

\*Chi – Cuadrado de Pearson gl=5 P=0,033

TABLA 7

Conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores del distrito de Pimentel, 2014

CONDUCTA	NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL			
	BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	TOTAL
Automedicación Farmacológica	50 36%	10 8%	4 3%	64 * 47%
Automedicación Tradicional	20 16%	6 5%	2 2%	28 * 22%
Medicación Profesional	0 0%	2 1%	5 3%	7 * 4%
Atención Odontológica	2 2%	15 12%	7 6%	24 * 19%
Ninguna	2 0%	2 2%	0 0%	4 * 2%
Automedicación Farmacológica y automedicación tradicional	7 8%	2 2%	1 1%	10 * 11%
<b>TOTAL</b>	<b>81</b> <b>59%</b>	<b>37</b> <b>27%</b>	<b>19</b> <b>14%</b>	<b>137</b> <b>100%</b>

\*Chi – Cuadrado de Pearson gl=10 P=0,00

## DISCUSIÓN

La conducta más frecuente de los pobladores del distrito de Pimentel ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica en un 47%. Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por Aguedo (64.61%), Tello (43.9%), Nuñez (47.4%), Gonzáles (42.1%). Ésta conducta mayormente se adopta debido a la falta de centros de salud o consultorios enfocados al área de salud bucal en el distrito de Pimentel. Otros factores podrían ser los de tipo social, económico y cultural, entre los cuales se encuentran la dificultad de llegar a los centros de salud debido a largos recorridos, carretera en mal estado, prolongado tiempo de espera, consultas privadas caras, entre otros.

Se encontró relación altamente significativa ( $P=0.00$ ) entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural, teniendo concordancia con Aguedo (26.4%). Siendo la conducta de automedicación farmacológica la de mayor porcentaje en el nivel socioeconómico cultural bajo (36%). 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.

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.

Se encontró relación entre la conducta y la ubicación de la vivienda concluyendo que existe relación significativa ( $P=0,033$ ). Encontrando un porcentaje mayor de automedicación farmacológica en la zona urbana (29%) respecto de la zona rural (18%), esto concuerda con el estudio realizado por Aguedo (57.25%). Esto podría explicarse debido a que en las 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 áreas rurales deben movilizarse a los sitios más cercanos en donde se encuentre disponible la atención odontológica. En la zona urbana existe una mayor influencia de los medios de comunicación, así como un fácil acceso para la obtención de medicamentos en las farmacias, postas médicas y centros de salud, por lo que se explicaría la mayor prevalencia de automedicación farmacológica en esta zona.

El tipo de medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación farmacológica fue el Antiinflamatorio (72%). Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por: López (59,3%), Aguedo (49.25%), Hours (78.9%), Gonzáles (43%), Tello (56.44%). Esto se podría explicar debido a que existe una gran cantidad de AINES de venta libre y que son comerciales en nuestra cultura. Los pobladores han preferido automedicarse 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.

No hay estudios realizados que concuerden con los resultados específicos a la automedicación tradicional que nos arroje cuál era el medicamento tradicional más utilizado frente al dolor dental, en el caso de esta investigación resultó ser el clavo de olor (54%); pero existen estudios que guardan cierta relación como los de Aguedo, Pari y Gómez que hablan acerca del uso de plantas medicinales para calmar el dolor.

Existe una prevalencia de mayor consumo de plantas medicinales en la automedicación tradicional, esto se debe a que la población aún conserva sus costumbres, cultura, hábitos. Además las plantas medicinales tienen precios bajos con respecto al valor de productos farmacéuticos (químicamente sintetizados) y a las consultas odontológicas privadas; lo que facilita su consumo. Además de todo esto existe una gran problemática en la población el cual enraíza a la falta de prevención frente a los problemas bucales en el País, además se observa la carencia de programas que enfatizen el cuidado temprano de la salud bucal.

El tratamiento de tipo odontológico para controlar el dolor dental fue en un mayor porcentaje la extracción dental (58%). Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por: Muza y Ernesto. Esto se explicaría debido a la influencia de los factores económicos, culturales, sociales y a las costumbres, cultura y hábitos que aún persisten en las comunidades y poblaciones poco alejadas 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.

## CONCLUSIONES

1. La conducta de mayor frecuencia ante el dolor dental fue la automedicación farmacológica (47%,) frente a las demás conductas.
2. El tipo de medicamentos más utilizados en la automedicación farmacológica fueron los antiinflamatorios (87%).
3. El tipo de producto natural más utilizado en la automedicación tradicional por los pobladores del distrito de Pimentel fue el clavo de olor (54%).
4. El nivel socioeconómico cultural más frecuente de los pobladores del distrito de Pimentel fue el nivel bajo (59%) y en menor frecuencia el nivel medio alto (14%).
5. El tratamiento odontológico de mayor frecuencia fue la extracción dental (49%) en los pobladores del distrito de Pimentel.
6. Existe una relación significativa entre la conducta ante el dolor dental y la ubicación de vivienda de los encuestados del distrito de Pimentel ( $P=0,033$ ).
7. Existe una relación altamente significativa entre la conducta ante el dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural de los encuestados del distrito de Pimentel ( $P=0,00$ ).

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda realizar estudios de investigación acerca de las plantas medicinales más utilizadas por los pobladores del distrito de Pimentel, como uso alternativo para evitar el consumo excesivo de fármacos.
- Se sugiere realizar campañas de promoción y prevención de salud bucal por parte de la municipalidad de Pimentel y del Colegio Odontológico Filial Lambayeque.
- Se recomienda realizar programas de educación a los pobladores del distrito de Pimentel para dar a conocer información sobre las complicaciones que podría conllevar el consumo indiscriminado de medicamentos sin prescripción médica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nuñez A. Manejo del dolor dentario de los pobladores de la zona rural y urbana del distrito de Otuzco – La Libertad año 2002 [Tesis]. UNMSM. Lima, Perú; 2002.
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]. UNMSM. Lima, Perú. 2007.
3. 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.
4. Stelter C. Automedicação em odontología. Journal Brazilienze Odontología Clínica. JBC j. bras. odontol. clín;1(5):13-8, 1997.
5. Franco R, Carvalho J, Khouri M. Consumo de medicamentos de un grupo poblacional de un área urbana del Salvador. revista. Bahama, Salud Pública. vol 14(1), pp 113-21. 1987
6. Bourdieu P. Espacio Social y génesis de las clases: Sociología y Cultura, Grijalbo, México, 1990.
7. Paris A. Estudio Sobre La Automedicación En La Comunidad Valenciana. Valencia, Mayo de 2009.

8. López J. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. Rev Salud Pública, mayo. 2009, 11 (3), p. 432- 442.
9. Gómez L, Galar M, Téllez A, Carmona F, Amaya A. Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la Ciudad de Toluca. Rev. Mexicana de ciencias Farmacéuticas. 2009.
10. Hours P. 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.
11. González A. Automedicación con AINE por los usuarios de dos consultas de Atención Primaria. Gac Med Bilbao. 2006; 103: 54-57
12. Palacios E, Sáenz L. Dolor en estomatología. 1º edición. Lima, Perú. 1998.
13. Pérez A. Hipótesis Actuales Relacionadas con la Sensibilidad Dentinal. Rev Cubana Estomatol 1999;36(2):171-5
14. Clancy J. Neurophysiology of Pain. Br J Theatre Nurs 1998; 7: 19, 22-7.
15. Zatzick D. Cultural variations in response to painful stimuli. Psychosom Med. 1990 Sep-Oct; 52(5): 544-57.
16. El ergonomista, Definición de Conducta. [consulta en línea setiembre 2013]<http://www.elergonomista.com/biologia/conducta.htm>

17. Lavielle P. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. Rev. Salud Pública de México/vol.50, no.2, marzo-abril de 2008.
18. Alvarado S. Automedicación. Sinfonet Nuestra Net y Cruz. Blanca Panameña a la comunidad, 1997.
19. Ángeles P. Automedicación en Población Urbano de Cuernavaca, Morelos. Salud Pública de México. N°5. Vol 34. México; 1992.
20. French C. Automedicación y Uso Racional del Medicamento en el IPSS. Boletín Terapéutico Toxicológico. N° 4. Perú. 1997.
21. Laporte J. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? Med Clin (Barc) 1997; 109: 795-6.
22. Luna E, Aristizábal C, Arango A, Betancur P, Mejía P, Ramirez O. Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. Valle de Aburra 2000. CES odontol;14(1):13-18, ene.-jun.2001.
23. Muza C. Causas de extracciones en el servicio de emergencia dental, Hospital Rancagua. Rev Cuadernos Médico Sociales Vol 47, N°4; 2007.
24. Misrachi L, Sáez M. Comportamientos de búsqueda de salud oral: factores determinantes en poblaciones urbano marginales. Odontol. chil;43(1):7-13, abr. 1995.
25. Brannström M. Sensitivity of dentine. Oral surg. Oral Med Oral Pathol 1966; 21:517- 526.
26. Laporte J. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? Med Clin (Barc) 1997; 109: 795-6.

27. OPS. Serie Informes Técnicos, 622, 1978. p. 7 y 8. Citado por OPS – OMS.
28. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa; Guatemala p. 13.
29. Larousse. Diccionario Enciclopédico Larousse. Vol. 1. ed. S.L.; 2009.
30. 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.
31. Nuñez A. 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.
32. Ernesto A. Factores sociales, culturales e históricos que influyeron en la pérdida dental de adultos mayores. Valle de Aburra 2000. CES odontol; 14(1):13-18, ene.-jun. 2001.
33. CENSOS NACIONALES 2007. INEI:  
<http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/default.asp#>.
34. Pari R. 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.
35. Universidad de los Andes, Definición de Población de Vivienda. Citado en:  
[[http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos\\_definiciones\\_de\\_población\\_vivienda.html](http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_población_vivienda.html)]

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**ANEXO N° 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN POBLADORES DEL DISTRITO DE PIMENTEL, 2014.**

He leído la hoja de información que ha entregado el investigador Juan David Ricardo Becerra Gómez.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información para decidir mi participación en el mismo.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

Acepto que el resultado de la investigación sea publicado en una revista científica

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Chiclayo: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

---

Firma del participante

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**ANEXO N° 2**

**HOJA INFORMATIVA**

**CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN POBLADORES DEL DISTRITO DE PIMENTEL, 2014.**

**INVESTIGADOR:** Becerra Gómez Juan David Ricardo

**NOMBRE DE LA ASESORA:** Mgtr. CD. María Elizabeth Cruz Flores

Soy estudiante de la facultad de medicina escuela de odontología del X ciclo académico de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y tengo la autorización de Dirección de escuela para realizar este estudio.

El objetivo es determinar cuál es su conducta frente al dolor dental. Los datos obtenidos de este estudio serán manejados de forma confidencial y solo de uso académico, al finalizar serán publicados en una revista de investigación.

El beneficio por su participación será impulsar estrategias de intervención preventivo-promocionales de salud bucal tomando en cuenta las dimensiones socioculturales.

Para mayor información:

Juan David Ricardo – Autor del proyecto de investigación. Cel. Movistar: 990913871 Claro: 959159464

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**ANEXO N° 3**  
**CUESTIONARIO**

CONDUCTA ANTE EL DOLOR DENTAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL  
SOCIOECONÓMICO-CULTURAL EN POBLADORES DEL DISTRITO DE  
PIMENTEL, 2014.

**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 medida tomó cuando padeció de “dolor de muela”?**

- a) Tomó un medicamento
- b) Se realizó algún tratamiento casero tradicional
- c) Acudió a un odontólogo
- d) Ninguna

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

- a) Tomó antiinflamatorios (para el dolor)
- b) Tomó Antibióticos (para la infección)
- c) Otros medicamentos
- d) No realizó nada

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

- a) Familiares
- c) Amigos
- d) Farmacéutico
- e) Por decisión propia
- d) Odontólogo

**5) En caso de realizarse tratamiento tradicional para calmar el “dolor de muela”**

**¿Cuál usó?**

Especificar: \_\_\_\_\_

**6) Acudió al Odontólogo**

a) Sí ( ) b) No ( )

**7) En caso de haber acudido al odontólogo ¿Cuál fue el tipo de tratamiento odontológico  
que usted recibió para calmar el “dolor de muela”?**

- a) Extracción dental.
- b) Curación de la pieza dentaria con: amalgama, resina.

c) Matar el nervio del diente (endodoncia)

d) Otros (especifique): \_\_\_\_\_

### **III. DATOS DEL NIVEL SOCIAL, ECONÓMICO Y CULTURAL**

#### **3.1 NIVEL SOCIAL**

**1. La vivienda del encuestado se ubica en una zona:**

a) Rural ( ) b) 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) Comercio informal y transporte local ( ) e) No trabaja ( )

**3. A que Organizaciones Sociales 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? (UNA ALTERNATIVA)**

a) Pasea con amigos o con la familia ( ) 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 750 soles c) 750 - 1000 soles

d) 1500 – 2000 soles e) 2000 – a más 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. ¿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 ( )

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

a) Amigos, vecinos ( ) b) TV. cable ( ) c) Radio ( )

d) Internet ( ) e) Periódico ( )

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

a) Dibujos animados ( ) b) Novelas ( ) c) Películas ( )

d) Series ( ) e) Noticias ( )

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**ANEXO N° 4**

**CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO**

Yo, María Elizabeth Cruz Flores Cirujano Dentista, profesora a tiempo completo de la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo , dejo constancia de haber asesorado el proyecto de tesis titulado : “Conducta ante el dolor dental y su relación con el nivel socioeconómico – cultural en pobladores del distrito de Pimentel, 2014” cuyo autor es el Sr. Juan David Ricardo Becerra Gómez, estudiante de la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, identificado con N° de Matricula 091AC14657.

Doy fe de lo expuesto.

Chiclayo 15 de Enero del 2015

---

Mg. CD. María Elizabeth Cruz Flores

Asesora

COP N°

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**ANEXO N° 5**

**CONSTRUCCIÓN DE LOS LÍMITES DE CONFIANZA SEGÚN LA ESCALA DE ESTANINOS**

La escala de Estaninos es una escala normalizada de 9 unidades, con media 5 y desviación 2 que sirve para dividir un recorrido de puntajes dependiendo de la cantidad de sujetos y de la naturaleza de las variables. Escala de Estaninos:

Fórmula:  $X + 0.75 (Sx)$

Dónde: x = media

Sx = desviación estándar

Límites de confianza para la distribución de puntajes en categorías

PUNTAJE MÍNIMO= 4 ptos

PUNTAJE MÁXIMO= 57 ptos

a = media - 0.75 (Sx)= 15

b = media + 0.75 (Sx)=28

c= media + 0.75 (Sx)=41

1ª Categoría MUY BAJO: puntaje mínimo hasta (a): 4 -15Ptos

2ª Categoría BAJO: mayor de (a) hasta (b):16 -28Ptos

3ª Categoría MEDIO: mayor de (b) hasta (c):29 -41Ptos

4ª Categoría MEDIO ALTO: mayor de (c) hasta el puntaje máximo: 42-57Ptos

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**ANEXO N° 6**

**ESCALA DE DETERMINACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO -  
CULTURAL**

NIVEL SOCIAL. Puntajes internos de cada indicador

<b>Ubicación de la vivienda</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Organización a la que pertenece</b>	<b>Puntaje</b>
Rural	1	Ninguna	0
Urbano	2	Clubes	0
		Sindicatos	1
<b>Actividades en su tiempo libre</b>	<b>Puntaje</b>	Grupos	2
Ninguna	0	Asociaciones	3
Duerme	0		
Deportes	1		
Ve TV, lee, Internet	2		
Pasea con amigos	3		
<b>Principal actividad laboral</b>	<b>Puntaje</b>		
En una Institución Pública o Privada	3		
En el campo	2		
Ama de casa	1		
Comercio informal y transporte local	1		
No trabaja	0		

NIVEL ECONÓMICO. Puntajes internos de cada indicador

<b>Promedio de Ingreso</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Servicios con los que cuenta</b>	<b>Puntaje</b>
No recibe Ingresos	0	Agua	1
Menos de 750 soles	1	Desagüe	2
750 – 1000	2	Electricidad	3
1500 – 2000	3	Cable	4
2000 a más	4	Internet	4

<b>Principal material de vivienda</b>	<b>Puntaje</b>
Estera	0
Piedra con barro	1
Adobe	2
Madera	3
Ladrillo – cemento	4

<b>Pertenencia de vivienda</b>	<b>Puntaje</b>
Familiar	0
Propia por invasión	1
Alquilada	2
Propia pagándose a plazos	3
Propia pagada	4

NIVEL CULTURAL. Puntajes internos de cada indicador

<b>Nivel de estudios</b>	<b>Puntaje</b>
Ninguno	0
Primaria	1
Secundaria	2
Superior Técnico	3
Superior Universitario	4

<b>Medios de información</b>	<b>Puntaje</b>
Amigos y vecinos	1
TV, Cable	2
Radio	2
Internet	3
Periódico	4

<b>Preferencia de programas de TV</b>	<b>Puntaje</b>
Dibujos	1
Novelas	2
Películas	2
Series	3
Noticias	4

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**ANEXO N° 7**

**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA**



Recolección de datos en  
zona Rural



Recolección de datos en  
zona Urbana