

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E.A.P DE ODONTOLOGÍA

**Manejo del dolor dental en relación al nivel
socioeconómico-cultural de pobladores en la zona
urbana de la provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Lía Félida Luza Yaranga

ASESOR

Gerardo Rubén Ayala De La Vega

Lima-Perú

2012

JURADO SUSTENTACIÓN DE TESIS

PRESIDENTE : Mg. Ana María Díaz Soriano

MIEMBRO : CD. Melissa Allisson Barra
Hinostroza

MIEMBRO ASESOR : Mg. Gerardo Rubén Ayala de la
Vega

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 la distancia me dieron toda su fuerza para continuar y seguir adelante con los estudios gracias por la confianza y apoyo incondicional.

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

A MIS AMIGAS, MIS CONFIDENTES de la universidad Karla, Roxana, Jesica y Melisa porque a pesar de todo siempre estuvieron en mis alegrías y tristezas, sé que aunque pasen los años siempre seguiremos siendo amigas a pesar de la distancia.

A HAMI, gracias por tu amor y por enseñarme que en esta vida todo es posible.

AGRADECIMIENTOS

Al Mg. Gerardo Rubén Ayala de la Vega, 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 Mg. Ana María Díaz Soriano, por su asesoría en todo el transcurso de elaboración del presente trabajo de investigación, aspectos metodológicos y estadísticos, gracias por sus consejos y correcciones.

A la CD. Melissa Allisson Barra Hinostroza, por su apoyo, asesoría, 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 Nacional Mayor de San Marcos 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 Nacional Mayor De San Marcos, que me brindó la oportunidad de estudiar en sus aulas y adquirir nuevos conocimientos.

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue conocer el manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de los pobladores de la Provincia de Huamanga-Ayacucho. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La investigación fue un estudio descriptivo, de corte transversal. Se entrevistaron a 383 pobladores de cinco distritos de la Provincia de Huamanga.

RESULTADOS: Los resultados rechazan la hipótesis formulada a través de la prueba de Chi cuadrado de Pearson ($p < 0.05$). Los pobladores de la Provincia de Huamanga tienen como manejo principal frente al dolor dental a la automedicación; se automedican en un 72,2% frente a un 16.9% que recibe medicación profesional y un 10.9% no usa nada para manejar el dolor dental. Se encontró que la conducta de mayor prevalencia para controlar el dolor dental es la automedicación tradicional (27.6%) sobre la automedicación farmacológica (24.0%), la persona que mayormente aconseja en la toma de medicamentos para el manejo del dolor dental fueron los padres (26.6%) seguido de la decisión propia (23.7%) y el lugar de adquisición del medicamento con mayor frecuencia fueron en otros (33.6%) seguido de la farmacia (26.6%). **CONCLUSIÓN:** Existe asociación entre el manejo del dolor dental y los niveles social, económico y cultural, en cinco distritos de la Provincia de Huamanga- Ayacucho.

Palabras Clave: Manejo, Automedicación, dolor dentario.

ABSTRACT

OBJETIVO: The aim of this investigation was to know the managing of the dental pain in relation to the socioeconomic - cultural level of the settlers of Huamanga-Ayacucho's Province. **MATERIALS AND METHODS:** The investigation was a descriptive study, of transverse court. They interviewed 383 settlers of five districts of Huamanga's Province. **RESULTS:** The results reject the hypothesis formulated across the test of Pearson's square Chi ($p < 0.05$). The settlers of Huamanga's Province have as principal managing opposite to the dental pain to the automedication; they autotake medicine in 72,2 % opposite to 16.9 % that receives professional medication and 10.9 % it does not use anything to handle the dental pain. One thought that the conduct of major prevalencia to control the dental pain is the traditional automedication (27.6 %) on the pharmacological automedication (24.0 %), the person who mainly advises in the capture of medicines for the managing of the dental pain they were the parents (26.6 %) followed by the own decision (23.7 %) and the place of acquisition of the medicine with major frequency were in others (33.6 %) followed by the drugstore (26.6 %). **CONCLUSION:** association Exists between the social, economic and cultural managing of the dental pain and the levels, in five districts of the Province of Huamanga - Ayacucho.

Keywords: Management, Self-medication, toothache.

ÍNDICE

	PÁG
I. INTRODUCCIÓN.....	13
II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.1 ÁREA PROBLEMA.....	15
2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
2.4 OBJETIVOS.....	17
2.5 JUSTIFICACIÓN.....	17
2.6 LIMITACIONES.....	18
III. MARCO TEÓRICO.....	19
3.1 ANTECEDENTES.....	19
3.2 BASES TEÓRICAS.....	29
3.2.1 DOLOR DENTAL.....	29
3.2.2 CONDUCTA.....	34
3.2.3 AUTOMEDICACIÓN.....	38
3.2.4 NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA.....	48
3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	59
3.4 HIPÓTESIS.....	60
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	60

IV. METODOLOGÍA.....	63
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	63
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	63
4.3 PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS.....	66
4.4 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	68
4.5 ANÁLISIS DE RESULTADO.....	68
V. RESULTADOS.....	69
VI. DISCUSIÓN.....	82
VII. CONCLUSIONES.....	87
VIII. RECOMENDACIONES.....	89
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	90
X. ANEXOS.....	99

LISTA DE CUADROS

TABLA 1.	Manejo del dolor dental relacionado con el nivel social de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	69
TABLA 2.	Manejo del dolor dental relacionado con el nivel económico de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	70
TABLA 3.	Manejo del dolor dental relacionado con el nivel cultural de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	71
TABLA 4.	Tipo de automedicación farmacológica según grupo etáreo y sexo de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	72
TABLA 5.	Tipo de automedicación tradicional según grupo etáreo y sexo de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	74
TABLA 6.	Característica de la automedicación según grupo etáreo y sexo de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	76
TABLA 7.	Característica de la automedicación según grupo etáreo y sexo de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	78

TABLA 8. Característica de la automedicación según grupo etáreo y sexo de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	80
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01

TABLA 1.	Distribución de frecuencia del manejo del dolor dental de los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	100
TABLA 2.	Distribución de frecuencia del tipo de medicamento utilizado en la automedicación farmacológica por los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	100
TABLA 3.	Nombre del medicamento de mayor uso en la automedicación farmacológica.....	101
TABLA 4.	Distribución de frecuencia del tipo de medicamento utilizado en la automedicación tradicional por los pobladores entrevistados en la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012.....	101
TABLA 5.	Plantas medicinales más utilizadas en la automedicación tradicional.....	102
TABLA 6.	Nombre del medicamento de tipo animal más utilizados en la automedicación tradicional.....	102
TABLA 7.	Nombre del medicamento de tipo mineral más utilizados en la automedicación tradicional.....	103

TABLA 8.	Distribución de frecuencia de la característica de la automedicación para el manejo del dolor dental.....	103
TABLA 9.	Distribución de frecuencia de la característica de la automedicación para el manejo del dolor dental.....	104
TABLA 10.	Distribución de frecuencia de la característica de la automedicación para el manejo del dolor dental.....	104
ANEXO 02	Consentimiento informado.	
ANEXO 03	Instrumento de recolección de datos: entrevista.	
ANEXO 04	Perfil sociodemográfico del Departamento de Ayacucho.	
ANEXO 05	Permisos Municipales de los Distritos de la Provincia de Huamanga.	
ANEXO 06	Fotos de la investigación.	

I. INTRODUCCIÓN

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 éstos en algunos sectores del interior, llevándolos a utilizar diversos medicamentos recomendados por familiares, farmacias, tiendas y comunidad en general, dejando duda de la eficacia de los mismos.

A pesar de existir diversas formas de controlar el dolor dental, según los antecedentes revisados una de ellas es la Automedicación, conducta por la cual las personas consumen medicamentos sean tradicionales o farmacológicos sin la debida prescripción médica, es una práctica común en los países en desarrollo y en especial en América Latina.

En el Perú, los reportes del Ministerio de Salud (MINSA) del año 2006¹, informan que aproximadamente el 55% de la población nacional se automedica, dato preocupante, si se considera que en la actualidad no existen políticas de salud pública que contemplen alternativas educativas que busquen erradicar esta conducta.

Los pobladores tratan de controlar el dolor dentario de manera inmediata, por lo que se formuló la pregunta ¿qué hacen los pobladores de la Provincia de Huamanga 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.

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

El estudio se realizó en cinco distritos de la Provincia de Huamanga y se determinó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel socioeconómico-cultural de los pobladores, además de otros datos relevantes relacionados con la automedicación, con el fin de presentar información que permita plantear alternativas de cambio y mejora en la conducta de automedicación de la población.

II. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 ÁREA PROBLEMA

El dolor dental es una experiencia sensitiva desagradable asociada a daño tisular real, potencial o discreto que representa en gran mayoría las urgencias que el odontólogo debe atender, el paciente a menudo llega a la consulta tras haber sido prescrita en ocasiones anteriores o bien pudo ser recomendada por algún familiar; muchos de ellos opta por 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, que ha llevado a la población a tomar diferentes conductas como las costumbres ancestrales de automedicarse con sustancias naturales y que van de generación en generación, así como diversos factores entre ellos:

1. El nivel socioeconómico-cultural bajo que trae consigo la falta de conciencia de los pobladores para acudir a una consulta odontológica.
2. La falta de recursos económicos para utilizar los medicamentos adecuados.

3. La experiencia positiva dentro del manejo del dolor, el empleo de las sustancias naturales, farmacológicas de venta libre y fármacos recetados en los programas de salud.
4. La escasez de profesionales de salud pública en dichas zonas.

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

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.

El nivel socioeconómico y cultural es un conjunto de factores que influyen en la conducta ante el dolor dental sobre todo en el interior del país donde el acceso al sector salud es inadecuado, la medicina tradicional suple dichas carencias con el uso de sustancias medicinales naturales de origen vegetal, animal o mineral donde el costo es mucho menor que el de los fármacos empleados y en muchos casos de gran efectividad.

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio evaluó el manejo del dolor dental en relación con el nivel socioeconómico- cultural de los pobladores de la Provincia de Huamanga en el año 2012; los pobladores serán entrevistados mediante una encuesta objetiva.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo manejan el dolor dentario los pobladores de las zonas urbanas de la Provincia de Huamanga?

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer el manejo del dolor dental de los pobladores de la zona urbana de cinco distritos de la Provincia de Huamanga-Ayacucho, con relación al nivel socioeconómico-cultural.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel social, económico y cultural de los pobladores de los cinco distritos de Huamanga según grupo etáreo y sexo.
- Determinar el tipo de automedicación utilizado para el manejo del dolor dental según grupo etáreo y sexo.
- Determinar la característica de la automedicación utilizado para el manejo del dolor dental según grupo etáreo y sexo.

2.5 JUSTIFICACIÓN

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

persona y la influencia de la publicidad farmacéutica en los diferentes medios de comunicación.

Es necesario conocer los recursos naturales que utilizan los pobladores de la zona urbana; Huamanga es una provincia modelo según el grado cultural y económico que rige en el interior del país y en la serranía.

La investigación, ayudará a los pobladores de la comunidad a tomar conciencia acerca de los riesgos que implica el ingerir algún medicamento sin ser prescrito por un médico, con el objetivo de que poco a poco se vaya erradicando la automedicación.

2.6 LIMITACIONES

La investigación se realizó en el área del manejo del dolor dental en la comunidad; referida a la opinión de los pobladores aplicando sólo una encuesta. No se tomó en cuenta el aspecto clínico.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

Estudios sobre plantas medicinales, donde se encuentra que la población estudiada se automedica, cabe mencionar que en particular en los países latinoamericanos hay una tendencia al uso de la medicina tradicional.

ELSY MINÍ et al. (2012)¹, 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 automedicó 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 Drogas de EUA (FDA); principalmente, consumieron paracetamol (47,6%) y amoxicilina (16,7%).

VERA ROMERO et al. (2011)², 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) o familiar (21,1%), o de un farmacéutico (11,7%), enfermera o técnico en salud (6,2%).

PARI (2011)³, 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%).

MORILLO ORTEGA et al (2010)⁴, 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.

Un 61% adquieren los medicamentos en las farmacias, y el 7% consumen medicamentos de hayan quedado como excedente de una enfermedad anterior.

PARIS A.S (2009)⁵, en Valencia 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 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% (119) mujeres. El 35,6% pertenecieron al grupo etáreo de 18-28 años se automedicaba con más frecuencia que el resto. Respecto al sexo no existen diferencias significativas que permiten concluir quien se automedica más, si los hombres o las mujeres³.

GOMEZ O. M. et al. (2009)⁶, 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 ($p < 0.05$).

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.

AGUEDO (2008)⁷, 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 niveles socioeconómico cultural bajo (30.93%) y medio (15.25%), 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 medicamento fue el farmacéutico (36.80%).

MARAVI D., (2006)⁸, realizó un estudio observacional y transversal, donde determinó el uso de servicios odontológicos ante problemas bucodentales según factores sociodemográficos por parte de la población del AA.HH. "Keiko Sofía" de Lima (Perú) durante el mes de Noviembre 2004.

Se evaluó un total de 630 personas y se obtuvo 104 (19,62%) que reportaron haber tenido algún malestar, enfermedad o accidente en la boca y/o sus dientes en las últimas cuatro semanas. Las actividades realizadas para solucionar problemas buco-dentales como: acudir a la farmacia, curandero, no buscar atención y automedicación fue de 61.5 % frente a un 38.5 % de los que acudieron

a un servicio odontológico; de la misma manera se encontró una tendencia a mayor uso de servicios odontológicos en pobladores de sexo femenino, en grupos de menor edad (menor de 14 años) y pobladores de mayor nivel de instrucción. Se concluyó que existe una alta prevalencia de automedicación en la población estudiada.

DRHOVA L., (2005)⁹, realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar el conocimiento de la población Checa en relación a la automedicación. Llevó a cabo una encuesta, enfocada en el comportamiento de la población en relación al almacenamiento de los medicamentos que no necesitan prescripción médica para ser adquiridos. Los resultados mostraron que el 68% de los encuestados estaban dispuestos a tomar medicamentos después de la fecha de expedición. El 57 % estableció que acudiría primero a la consulta médica o de un farmacéutico antes de tomar estos medicamentos, en el caso de los infantes, los apoderados acudirían primero a la consulta médica en un 80% y solo 8% optaría por la automedicación. Asumiendo que estas drogas son cubiertas por el seguro médico, 27% de los encuestados irían antes donde el médico, aún cuando ellos podrían adquirir las drogas sin ninguna dificultad.

Se concluye que la población Checa asumiría una actitud responsable visitando al médico antes de practicar la automedicación.

TELLO V. et al. (2005)¹⁰, en Chiclayo 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 del distrito de Chiclayo durante marzo del 2005. La muestra de estudio fue 371 personas de los 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 automedicaron perciben un ingreso familiar menor de s/. 500. La proporción de personas que se automedican en la población estudiada fue de 3.9%. 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 65.6%. la persona que aconsejó con mayor frecuencia la automedicación fue el farmacéutico (50.92%).

GALINDO R. (2002)¹¹, en Ayacucho, determinó que de 215 personas encuestadas el 82.6% de la población del distrito de San Francisco 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 las mujeres que se automedican en su mayoría y recibieron información a través de la televisión en un 40%.

NUÑEZ (2002)¹², 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.

LLANOS L., (2001)¹³, realizó un estudio donde determinó las características de la automedicación en la zona rural de Cajamarca (Perú). Realizó un estudio transversal analítico, entre diciembre de 1999 y enero del 2000, aplicando una encuesta a 384 jefes de hogar seleccionados de manera sistemática con probabilidad proporcional al tamaño; el muestreo fue probabilístico y polietápico. Se encontró automedicación en 36.19% de hogares, adquiriendo alguna medicación 66.18% de ellos en una farmacia privada. No hubo diferencia significativa en relación con las variables sexo, ocupación y grado de instrucción del jefe de hogar, así como su afiliación a un seguro familiar. Se encontró asociación entre ingreso mayor de 300 nuevos soles y automedicación.

El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: "ya sé que recetan" (41.72%).

Se concluyó que la automedicación es un problema frecuente en zonas rurales de Cajamarca. Los medicamentos son comúnmente adquiridos en farmacias privadas. Sólo se encontró asociación entre automedicación y hogares que tienen un ingreso mayor de 300 nuevos soles.

LALAMA M., (2000)¹⁴, determinó las características del consumo de medicamentos en la ciudad de Quito (Ecuador). El estudio fue tipo transversal, observacional, de 455 personas escogidas en forma aleatoria, que recibieron fármacos durante los últimos seis meses. El 36% de los encuestados se automedicaron, en particular el grupo de ingresos económicos deficientes

(46,58%). La automedicación se observó especialmente en el grupo terapéutico de los analgésicos (46,4%), antibióticos (22,8%) y antiinflamatorios (9,1%). Del total de la muestra, solo 43% tuvieron información calificada sobre su tratamiento. De los que se automedicaron, 49% se informó por medios publicitarios tipo popular como afiches, boticarios, familiares o amigos; otros medios de información fueron: televisión (42%), prensa (5%), revistas (3%) y radio (1%).

La dosis diaria recibida fue incompleta en el 30% de los entrevistados y 68% recibió su tratamiento por el tiempo adecuado. Podemos concluir que la automedicación es un fenómeno importante en la ciudad de Quito, que la información sobre medicamentos no es apropiada, de igual manera que la posología y duración del tratamiento.

STELTER et al. (1997)¹⁵, en Curitiba, Brasil en una población de 141 pacientes con odontalgia encontraron que el 78% se automedicaba, que las mujeres lo realizaban con mayor frecuencia que los hombres y los medicamentos más utilizados fueron los analgésicos.

BAENA A.P. et al. (1996)¹⁶, en Colombia realizaron un estudio sobre la automedicación en pacientes de los servicios de urgencia de odontología, cuyo objetivo fue determinar el origen de la automedicación en los diferentes grupos de edad, género, estudios realizados y ocupacionales. La población fue constituida por personas que acudieron al servicio de urgencias odontológicas del Hospital General de Medellín. Para la recolección de datos se realizó una encuesta a cada paciente. Se encuestó a 245 personas y se obtuvo como resultado que 95 personas (38.8%) se automedicaron, 111 personas (45.3) no consumieron ningún medicamento antes de ir a la consulta de urgencias y 39 personas (16%)

acudieron a la consulta odontológica antes de asistir a la consulta de urgencias. Las principales fuentes de automedicación fueron el farmacéutico y la misma persona. Los medicamentos de mayor frecuencia de consumo fueron en orden decreciente: AINES (29.8%), analgésicos no opiáceos (22.4%) y antibióticos (10.2%).

VALDEZ (1995)¹⁷, En Bolivia encontró que la población utiliza 115 plantas medicinales y 104 medicamentos para automedicarse (medicina casera), la capacidad de automedicarse está estrechamente relacionada con el nivel de escolaridad, nivel socioeconómico y el domicilio de las personas.

MISRACHI et al. (1995)¹⁸, en Chile estudiaron el conocimiento sobre patrones culturales que influenciaron los comportamientos de salud bucal en poblaciones urbano-marginales, encontrando 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 automedica, predominado la automedicación tradicional sobre la automedicación farmacológica. Las hierbas y otros productos caseros son utilizados como único recurso sólo en el tratamiento de adultos en un 37% y la automedicación farmacológica en un 18%.

KNAUTH (1993)¹⁹, en Perú reportó un estudio efectuado en barrios marginales de Chimbote, que tan sólo el 34.5% de los sujetos que empleaban medicamentos para curarse habían recibido una consulta médica privada o en centros de salud del estado y el 25% correspondían a medicina tradicional. El 63% restante correspondía a automedicación farmacológica. Se plantea que la automedicación es común porque a menudo es difícil o imposible llegar a los centros de salud

(largos recorridos, altos costos de transporte prolongado tiempo de espera, etc.) y porque las consultas privadas son caras.

BAÑOS J.E y et al (1991)²⁰, en Barcelona realizó un estudio cuyo objetivo fue valorar las principales características de la automedicación en el dolor odontológico. Se incluyeron 226 pacientes que acudieron a una consulta extra hospitalaria de odontología. Se realizó un cuestionario para cada individuo con datos relativos al paciente, a su patología, a las características del dolor y a la automedicación utilizada. En los resultados se encontró que el 72% de los pacientes se automedicaron farmacológicamente, el 55% con un fármaco, el 36% dos y el 8% tres. El fármaco más empleado fue el paracetamol (39%). Sólo el 9% de la automedicación se atribuía a la consulta en una farmacia, el 73% correspondía a la propia decisión del paciente y el 18% a consejos de personal no sanitario. En conclusión el estudio muestra una elevada frecuencia de automedicación en el dolor odontológico.

3.2 BASES TEÓRICAS

3.2.1 DOLOR DENTAL

El dolor que experimenta cada individuo es el resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales.

Ha sido definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como “una sensación o experiencia, subjetiva, personal e intransferible, de carácter desagradable asociada a lesión tisular real o potencial”²¹.

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 dolor²².

ORIGEN

El origen del dolor está relacionado con la estructura afectada, así el dolor provocado por las noxas que producen inflamación (infecciones, traumatismos, manipulaciones odontoestomatológicas, autoinmunes y carenciales) pueden afectar diferentes tejidos, originando subsecuentemente el dolor.

a) Dolor somático. Cuando se afectan estructuras como los tejidos gingivales y subgingivales, las estructuras óseas de los maxilares o los vasos sanguíneos. El dolor originado en estas estructuras es captado por los nociceptores que detectan el daño.

b) Dolor neuropático. Aquel que se origina por lesión directa de las estructuras nerviosas (troncos y fibras nerviosas). Un ejemplo de este tipo de dolor es aquel que se denomina dolor dentinal, originado por la circulación de líquidos

hipertónicos o muy fríos por los túbulos dentinales. Inervando los túbulos dentinales se encontrarían fibras nerviosas nociceptoras de tipo A delta las que detectan el fluido de líquidos dentro de ellos iniciándose así el proceso del dolor. Sin embargo, lesiones inflamatorias de la pulpa dentaria también tienen un componente neuropático puesto que comprometen las fibras sensitivas que se encuentran en ella. Otros dolores de tipo neuropático típico serían la neuralgia del trigémino, que tiene un manejo que corresponde al campo de la neurología.

c) Dolor visceral. Es aquel que se origina en las cápsulas de las vísceras sólidas (riñones, hígado) y en las vísceras huecas sean por que se distienden o contraen exageradamente (estómago e intestinos). En el ámbito de la odontología y más propiamente en el campo de la cabeza y cuello la lesión de las glándulas salivales puede producir este tipo de dolor.

TIPOS DE DOLOR²³

Dolor agudo. Es aquel dolor cuya duración es menor de tres meses. Produce un incremento de secreción de las glándulas sudoríparas, de la tensión muscular y de la presión sanguínea dilatación de las pupilas e intensificación de la frecuencia respiratoria. Lo que habitualmente denominamos cambios vegetativos. 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. También puede producir ansiedad y habitualmente responde bien a los analgésicos y/o AINES habituales.

Dolor crónico. Es el dolor que ha tenido una duración mayor de tres meses, en forma continua o intermitente. 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.

Generalmente es un dolor con características patológicas, que puede persistir aún después de la curación de la lesión. Los pacientes muestran cambios vegetativos y presentan signos y síntomas depresivos que empeoran el cuadro clínico, con frecuencia se da en las enfermedades músculo esqueléticas que suelen cursar con dolor miofacial y además muestran un cuadro complejo de síntomas pudiendo dificultar el diagnóstico.

DIMENSIONES CLÍNICAS DEL DOLOR. El dolor es una percepción que posee varias dimensiones: duración, intensidad, localización, características y percepción^{24,25,26}.

Duración. Es el tiempo durante el cual se percibe el dolor. Este puede ser continuo o intermitente y en la mayoría de los casos, la duración está relacionada directamente con la nocicepción. En clínica se ha convenido en denominar al dolor, de acuerdo con su duración, como agudo y crónico.

Intensidad. Es la magnitud del dolor percibido. La intensidad no depende solamente de la nocicepción. En ella influyen otros 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

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.

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.

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 colaboradores²⁷. En un metaanálisis 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.

FISIOLOGÍA DEL DOLOR^{28,29}

Transducción. Proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico.

Transmisión. Propagación del impulso nervioso hasta los niveles sensoriales del SNC.

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).

Percepción. Proceso final en que los tres primeros, interactuando con una serie de otros fenómenos individuales, crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor.

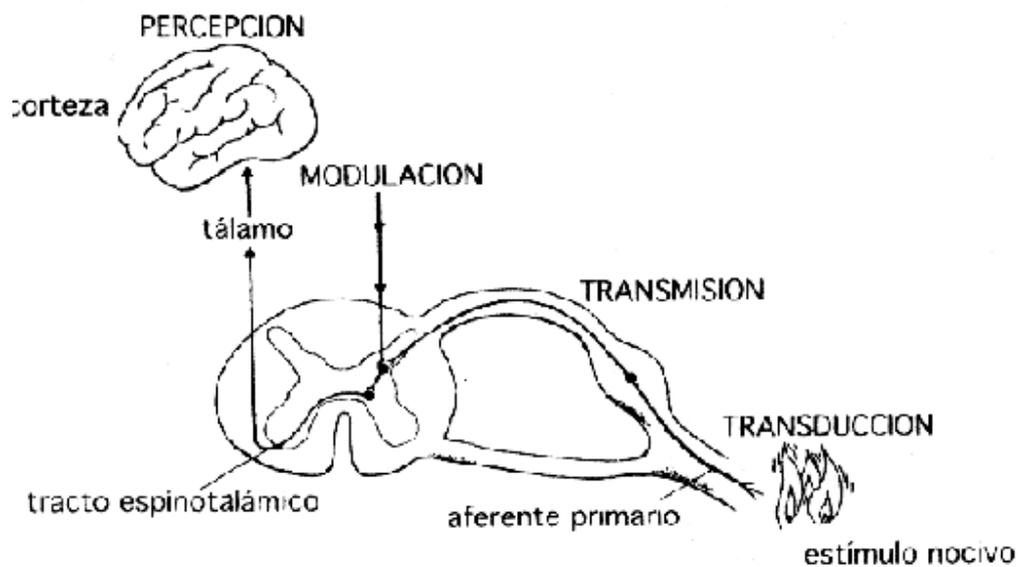


Figura 1. Representación esquemática de los fenómenos del proceso nociceptivo: transducción, transmisión, percepción y modulación.

3.2.2 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 sólo 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 rodeado³⁰.

CONDUCTA ANTE 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 dental³¹.

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, diagnóstica 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”

Éstas 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 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: en 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).

BUSCA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA POR EL DOLOR DENTAL

Se ha señalado que las actitudes y conductas de las población ante el proceso salud-enfermedad son influidos por la cultura médica existente en la que se incluye la postura del médico. Fredison³², 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.

Homing y Massagli³³, 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.

Alguno de los factores que tienen influencia en la solicitud del servicio dental por lo regular obedecen a problemas de tipo social, cultural y de conducta³⁴. Éstos se sabe que influyen directamente en la salud bucal de la población afectando la demanda del servicio dental.

3.2.3 AUTOMEDICACIÓN

La automedicación puede ser definida de forma genérica como la administración por decisión propia, o por consejo no cualificado de medicamentos para aliviar un síntoma o curar una enfermedad³⁵.

El concepto de automedicación ha variado a lo largo del tiempo, según se hayan considerado sólo los medicamentos de uso «sin receta» o también los medicamentos «de prescripción con receta» (recomendados por otras personas o que el paciente recuerde de tratamientos anteriores), e incluso los «remedios caseros» plantas medicinales, infusiones, etc.; este último concepto es más amplio, el más aceptado en la actualidad por los distintos autores. La automedicación 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 sanitario³⁶.

PREVALENCIA EN EL PERÚ^{37, 38}

En el Perú, López realizó un estudio en 1990, en cuatro ciudades peruanas encontrando un prevalencia de automedicación de 58%.

Nebot R. y Llauger G., realizaron un estudio en Lima durante el periodo de Mayo-Junio de 1992, donde encontraron una prevalencia de automedicación del 42%.

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%.

Montalvo C. realizó un estudio en 1999 en sectores urbano-marginales de la ciudad de Chiclayo donde encontró una prevalencia de 39,78%.

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.

Dentro de la automedicación los fármacos más utilizados pertenecen al grupo de los antibióticos y AINES.

FACTORES CAUSALES

Múltiples factores han sido implicados en el autoconsumo de medicamentos. Entre ellos cabe citar la edad, el sexo, la orientación hacia el autocuidado y el conocimiento de la medicación^{39, 40,41}.

Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, destacando los factores sociales como la presión de grupo o de los propios familiares que ofrecen una alternativa para la solución de los problemas de salud basados en su propia experiencia⁴². También influye el bajo nivel de instrucción de las personas, especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación⁴³.

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 capacitado⁴⁴.

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 es aún a la deficiente educación sanitaria con la que cuenta la población. Actualmente se debe destacar que en nuestros días los medios de comunicación como la radio y la televisión, influyen en sumo grado en la toma de la decisión del consumo de un fármaco por voluntad propia, lo que facilita que existan altas tasas de automedicación en nuestro país.

Las consecuencias de esta práctica son numerosas. El incremento en el riesgo de reacciones adversas, el aumento de la resistencia bacteriana, el aumento de los costos en salud, el encubrimiento de la enfermedad de fondo con las complicaciones por la misma y la disminución de la eficacia del tratamiento por uso inadecuado o insuficiente de los medicamentos son algunas de ellas. Estos efectos negativos se ven aumentados en poblaciones donde es fácil tomar a la automedicación como una vía de tratamiento, como son ancianos y niños^{45,46}.

La automedicación en algunas sociedades se ha convertido así, en un problema de salud pública que tiene relación con el conocimiento inadecuado de la población, la deficiente cobertura, mala calidad de los servicios públicos, sistemas de control para acceder a medicamentos sin prescripción profesional y a la flexibilidad de quienes se encargan de dispensar el medicamento⁴⁷.

En nuestro medio se han realizado estudios a nivel de zonas urbanas; sin embargo, en zonas rurales existen factores que podrían agravar el problema de la automedicación, los cuales han sido poco explorados, entre ellos se puede

mencionar: mayor pobreza, menor accesibilidad a servicios y profesionales de salud y creencias sobre la efectividad de algunos medicamentos.

TIPOS DE AUTOMEDICACIÓN:

- AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA

La automedicación Farmacológica consiste en tomar “fármacos” que no han sido prescritas por un médico. Teniendo como concepto de “fármacos” a las sustancias biológicamente activas, capaces de modificar el metabolismo de las células sobre las que hace efecto, con fines terapéuticos, diagnósticos o preventivos (profilaxis).

FÁRMACOS UTILIZADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN

ANALGÉSICOS

Las cifras disponibles sobre el consumo de estos medicamentos nos indican una exposición masiva de la sociedad a los analgésicos en todos los grupos de edad y para una amplia muestra de situaciones patológicas. Uno de los riesgos del uso habitual de los analgésicos simples es la Nefritis Intersticial. Se estima que el 11% de todos los casos de Insuficiencia Renal Terminal, cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1.000.000, es atribuido al consumo de analgésicos⁴⁸.

Entre los Analgésicos más usados en el manejo del dolor dental tenemos: acetaminofén o paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno; Inhibidores de la COX-2, como por ejemplo: meloxicam y nimesulida. Además de otros como: Etoricoxib, celecoxib, rofecoxib, etc⁴⁹.

ANTIBIÓTICOS

Referente a los antibióticos, la mayoría de las personas tienen una gran expectativa cultural sobre estos medicamentos; de ellos se espera la curación definitiva del proceso infeccioso que amenaza al paciente.

La mayor parte de los tratamientos médicos sólo procuran alivio, mejoría o control, tanto en las enfermedades agudas como en las crónicas. Por esta razón, los antibióticos son valorados como el tratamiento definitivo de esa enfermedad, la máxima esperanza de curación al administrarlo. Los antibióticos son solicitados por los pacientes en la consulta incluso a pesar de un diagnóstico que no indica su uso. Otros reutilizan un envase previo guardado en el botiquín casero o van directamente a la farmacia, piden una marca conocida y se la administran a ellos o a sus hijos⁵⁰.

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.

Los principales antibióticos de uso odontológico son: amoxicilina, ampicilina, metronidazol y tetraciclinas.

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”⁵¹.

OTROS MEDICAMENTOS

Cualquier medicamento puede tener un potencial de mal uso. Los medicamentos de venta libre o EFP (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias) 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 para el profano 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 médico⁵².

- **AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL⁷**

El concepto de medicina tradicional es una nominación convención al adoptada recientemente por investigadores de los procesos de salud-enfermedad para referirse a los sistemas médicos empíricos, organizados y fundamentados en las diversas culturas del mundo. Aunque existen generalidades compartidas, cada sociedad ha elaborado un sistema terapéutico complejo que engloba concepciones ideológicas y prácticas terapéuticas, al igual que el desarrollo de especialistas que saben cómo aplicarlas.

El conocimiento de los recursos médicos, si bien es socializado en las culturas como medio de sobrevivencia y reproducción social, en cada pueblo existen determinados sujetos sociales (seleccionados por sus características tanto sagradas como profanas) que reciben, por la transmisión de la tradición, la suma de conocimientos y procedimientos curativos basados en su propia cosmovisión, es decir en la manera de concebirse a sí mismos y al mundo que los rodea.

De esta manera, los hombres de conocimiento, los "que saben ver", los médicos tradicionales, sintetizan la ideología, la gnosis y las técnicas curativas logradas en cada cultura. No sólo manejan perfectamente las taxonomías y los procesos vegetales para determinar el momento preciso y la forma apropiada de recoger las plantas y otros elementos orgánicos en los que sus propiedades requeridas son las óptimas, sino que además conocen el mito de la creación de todo lo existente, de su desarrollo histórico y de sus proyecciones y representaciones culturales; igualmente, el rito que legitima y asegura el equilibrio hombre-naturaleza-cosmos, en su relación simbólica y trascendente con lo sagrado configurando las normas y valores para existir armónicamente en las relaciones sociales-comunitarias y también, el valor de la palabra para nombrar, premiar el respeto o castigar la infracción a las leyes reconocidas restableciendo así el orden y el ritmo del microcosmos humano en relación permanente con el macrocosmos donde habitan sus deidades.

Como en todas las culturas que han padecido el colonialismo en las nuestras se dieron pérdidas conceptuales en el choque de cosmovisiones diferentes. También sufrieron la aculturación y con ello el aporte de nuevas técnicas y algunos recursos naturales originarios de otros mundos, que fueron adoptados y aplicados a sus necesidades sanitarias. Como recurso para la atención a la salud, la medicina tradicional continúa beneficiando a los grupos étnicos de nuestro país y a las culturas populares rurales y urbanas. Como práctica subalterna frente a la medicina oficial, mantiene su eficacia y legitimidad social en un amplio sector de nuestra población.

PLANTAS MEDICINALES EN ODONTOLOGÍA

El uso de las plantas es de gran importancia en la medicina tradicional. El conocimiento científico de ciertas especies es desconocido y es necesario que aprendamos a investigar los recursos naturales, pero con los métodos y requerimientos técnicos que la ciencia actual exige.

En nuestro medio, algunas plantas medicinales en el área de salud dental están siendo utilizadas en diversas formulaciones farmacéuticas, así tenemos los enjuagues bucales, colutorios, soluciones tópicas, pasta dental, entre otros. Los beneficios que ofrecen a la población son mejores tanto en el aspecto terapéutico como económico.

En la consulta estomatológica, las odontalgias son padecimientos frecuentes, los cuales por su magnitud disminuyen la capacidad y rendimiento del individuo. Para tratar dichas alteraciones se emplean fármacos de diversa naturaleza, aunque desde tiempos remotos diversas plantas también han sido empleadas. Nuestra flora medicinal es una de las más diversas del mundo y por supuesto incluye algunas utilizadas con la misma finalidad⁵³.

PLANTAS MEDICINALES DEL PERÚ USADAS EN ODONTOLOGÍA^{52,1}

NOMBRE CIENTÍFICO	NOMBRE COMÚN	PARTE DE LA PLANTA USADA	FORMA DE USO
Couropita guianensis Aublet	Ayahuma	Yemas foliares	Aplicar localmente a la pieza dental
Psidium guajava L.	Guayaba	Hojas	Se mastica las hojas frescas. Analgésico dental.
Picus insipida Willd	Ojé	Látex de la corteza	Aplicación local del látex fresco con algodón
Tessania integrifolia Artocarpus altitis Fosb.	Pájaro bobo Pan de árbol	Corteza Raíz	Analgésico dental Enjuagues bucales con el cocimiento de la raíz
Jathoropa curcas	Piñon blanco	Látex de la corteza	Se aplica con el algodón empapado con el látex sobre la pieza cariada.
Piper peltatum L.	Santa maria	Hojas	Cocimiento de hojas. Se bebe el líquido y las hojas se colocan en la zona adolorida.
Anacardium occidentale	Marañón	El aceite de la cáscara	Se aplica el aceite sobre las muelas cariadas.
Bidens pilosa L.	Amor seco	Hojas	Se usa en casos de aftas, dolor de muelas, estomatitis, halitosis
Casearia praecox Grieseb	Nea bero	Hojas	Se mastican las hojas para dolor de muelas.
Cedrela cujети L.	Cedro colorado	Resina	Se aplica la resina para el dolor de muelas
Crescentia cujети L.	Tútumo	Hojas	Se mastican las hojas en casos de dolor de muelas.
Croton lechlesi Muell Arg	Palo de grado	Látex	Después de la extracción del diente aplicar el látex
Dendropanax tessmani Harás	Ogu-isi	Hojas	Fortalece los dientes contra la caries, dentífrico y como blanqueador de dientes.
Ephedra breana Philippi	Pinco-pinco	Planta	Se emplea la decocción de las plantas en lavados bucales.
Maclura tinctoria Steudel	Insira	Resina	Analgésico dental y destruye el diente cariado
Peperomia inaequalifolia	Congona	Planta entera	Usado en caso de gingivitis.

AUTOMEDICACIÓN EN ODONTOLOGÍA

La automedicación en el ámbito odontológico, con fármacos que precisan receta médica, es muy habitual, sea por reutilización tras una prescripción previa o adquirida directamente en la farmacia⁸.

Por otro lado el incumplimiento de la Ley General de Salud (Ley 26842) en nuestro país agrava el problema, a pesar de que en su artículo 26° establece que el único autorizado para prescribir medicamentos es el médico, mientras que los obstetras y cirujanos dentistas solo pueden hacerlo para medicamentos dentro de su área. En el artículo 33° de la misma Ley se establece que el químico farmacéutico solo está autorizado para expender medicamentos o recomendar el cambio del mismo por otro de igual acciones farmacológicas así como indicar su correcto uso^{55, 10}.

3.2.4 NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA

PROVINCIA DE HUAMANGA⁵⁶

UBICACIÓN

La Provincia de Huamanga es capital del departamento de Ayacucho; limita por el Norte con la Provincia de Huanta y La Mar, por el Este con la Provincia de La Mar y Abancay, por el Oeste con el departamento de Huancavelica y por el sur con las provincias de Cangallo y Vilcas Huamán. Su capital es el distrito de Ayacucho, Huamanga cuenta con quince distritos, tiene una superficie territorial de 2981.37 Km², siendo el distrito de mayor extensión Vinchos, con 955.13 Km², seguido del distrito de Chiara con 498.42 Km² y Acocro con 406.83 Km².

El distrito de Chiara está ubicado a mayor altitud, a 3527 m.s.n.m., seguido del distrito de Socos a 3400 m.s.n.m. y el de menor altitud es Pacaycasa a 2537 m.s.n.m.

DIVISION POLÍTICA

La Provincia de Huamanga políticamente se encuentra dividida en 15 distritos, 219 anexos, 185 caseríos, 89 comunidades campesinas y 74 unidades agropecuarias; cuya capital es la ciudad de Ayacucho (antigua ciudad de Huamanga), fundada el 25 de Abril de 1,540. Tiene una superficie total de 2,981.37Km² que representa el 6.8% de la superficie regional.



Figura 2. Mapa político de la Provincia de Huamanga.

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

El nivel socioeconómico-cultural es una dimensión muy utilizada recientemente por numerosas investigaciones debido a que engloba definiciones como: nivel social, nivel económico y nivel cultural; las cuales reflejan el momento y contexto en el que se desarrollan los individuos en un determinado lugar. Para su mejor comprensión desarrollaremos las definiciones de los términos que dieron origen a esta dimensión^{57, 58}:

NIVEL SOCIAL

El concepto determina términos como la posición social de un individuo; cuya definición se determina básicamente por criterios económicos y sociales. Es por tanto, una jerarquización donde el criterio de pertenencia lo determina la relación del individuo con la actividad económica, su lugar respecto de los medios de producción y la pertenencia a grupos sociales^{59, 7}.

La clase social a la que pertenece un individuo determina oportunidades de vida en aspectos que no se limitan a la situación económica en sí misma, también a las maneras de comportarse, los gustos, el lenguaje, las opiniones e incluso las creencias éticas y religiosas⁶⁰.

El grupo ejerce sobre los individuos una presión con el fin de que cada individuo tenga un comportamiento conforme a las normas del grupo social al que pertenece⁶¹. Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar (el miembro del hogar que mas aporta al presupuesto y economía familiar a través de su ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso).

NIVEL ECONÓMICO

El nivel económico es una dimensión fundamental del estudio de las poblaciones y mercados, particularmente en contextos donde el ingreso determina comportamientos y escenarios de consumo diversos⁷.

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, videograbadora/reproductor, secarropas, lavarropas programable automático, tarjeta de crédito del principal sostén del hogar, computadora personal, acondicionador de aire, freezer independiente) y automóvil.

NIVEL CULTURAL

Es el conjunto de símbolos (como valores, normas, actitudes, creencias, idiomas, costumbre, ritos, hábitos, capacidades, educación, moral, ate, 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 instrucción⁶².

La definición de cultura según diferentes autores⁷:

Spradley & Mc Curdy (1975): es el conocimiento adquirido que las personas utilizan para interpretar su experiencia y generar comportamientos.

Collingwood: es todo lo que una persona necesita saber para actuar adecuadamente dentro de un grupo social.

Sin embargo, estas definiciones no mencionan los artefactos (herramientas, útiles, etc) que provienen y son parte de la cultura de los pueblos.

La cultura tiene una gran capacidad de adaptabilidad, está siempre cambiando y dispuesta a acometer nuevos cambios.

El nivel de cultura de un individuo o de un grupo es sentido que tienen los fenómenos y eventos de la vida cotidiana para ellos. No es solo un complejo de esquemas concretos de conducta, costumbres, usanzas, tradiciones y hábitos, sino como una serie de mecanismos de control como planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones que gobiernan la conducta.

NIVEL SOCIOECONÓMICO CULTURAL Y ACCESO A PROGRAMAS DE SALUD

El acceso a una adecuada seguridad social y a la protección de la salud son dos derechos humanos fundamentales; sin embargo, a comienzos del siglo XXI menos del 25% de la población mundial tenía acceso a una cobertura de seguridad social adecuada⁶³.

El gasto en salud ha sido reconocido como un generador de pobreza, ya que los problemas de salud afectan a millones de personas que no pueden acceder a la asistencia médica^{64,65} y los gastos generados por asistencia médica afectan significativamente a los hogares. Es por ello que la exclusión de la seguridad social tiene un importante impacto sobre la pobreza y el desarrollo del individuo y su familia⁶⁶.

Hasta el año 2007, en el Perú, el 57,7% de la población no tenía cobertura de salud por ningún tipo de seguro de salud, siendo la seguridad social (EsSalud) y el seguro público estatal denominado Seguro Integral de Salud (SIS), los principales aseguradores con más de 40% de la población afiliada⁶⁷.

Una de las causas de la baja cobertura en el Perú, es la desigualdad social laboral, que limita el acceso a la seguridad social, constituyéndose dentro de América Latina en uno de los países con programas selectivos duales donde los asegurados eligen entre un sistema público (seguro social) y planes prepago total o principalmente privados⁶⁸.

El sistema de salud peruano se compone así, de cinco subsistemas principales: Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas (FF AA) y Fuerzas Policiales e Instituciones Privadas (conocidas como Entidades Prestadoras de Salud o EPS). Este modelo tiene tres grandes segmentos de atención que corresponden a otros tantos grupos sociales. Por un lado la población pobre no cubierta por EsSalud ni seguros privados o EPS, con problemas de acceso a servicios de salud (básicamente estatales) y por otro lado, la población con capacidad de pago; que a su vez, forma dos grupos: los trabajadores formales, cubiertos por la seguridad social y que se atienden en

EsSalud (dependiente del Ministerio de Trabajo) y las clases medias o altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social, que se atienden en el sector privado o tienen cobertura de las EPS⁶⁹.

Este modelo limita el acceso universal a la salud, pues restringe la cobertura de la seguridad social al sector asalariado formal concentrado en Lima y las principales ciudades del país y en los sectores de ingresos medios y altos⁷⁰; los sectores más pobres presentan altas tasas de informalidad y desempleo, sumado a modalidades de subcontratación que eluden las regulaciones, limitando la ampliación de la cobertura de la seguridad social en el Perú⁷¹.

El problema de la salud de la población pobre es complejo, pues son los que tienen mayor riesgo de enfermar y contrariamente, son los que tienen menor probabilidad de acceder a servicios de salud⁷². Se observa que la población de alto riesgo, tiende a no atenderse en un servicio de salud debido a sus bajos ingresos y la carencia de un seguro de salud; por tanto, los pobres no asegurados evitan contactar el sector salud por dos tipos de temor de pérdida económica: (a) gastos de bolsillo (costo monetario) para cubrir la enfermedad y (b) los ingresos que se dejan de percibir por enfermar (costo de oportunidad)⁶⁸. Ello profundiza el problema sanitario de este estrato, donde la atención de salud se basa en el autocuidado y en la automedicación, donde la búsqueda de atención en un servicio formal de salud es generalmente tardía.

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL Y ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA⁷³.

Los problemas de acceso insuficientes 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 costos de las atenciones, el lenguaje o jerga técnica usada y la situación legal y/o valores culturales pueden ser barreras para acceder a atenciones odontológicas. Las personas que pertenecen a estos grupos por lo general logran tarde o temprano su integración en el sistema sanitario, pero durante el periodo de integración, pueden ver comprometidos su acceso a los servicios odontológicos.

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 ingreso 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 periodos de sub-empleo mientras las familias regresan a una situación normalizada de empleo.

ASPECTOS SOCIOECONÓMICO-CULTURALES DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA⁷⁴

POBLACIÓN TOTAL

Según el Censo de Población del 2007, la provincia de Huamanga con 221 mil 390 habitantes, mantiene su hegemonía demográfica y concentra el mayor volumen de población departamental (36,1%).

POBLACIÓN URBANA Y RURAL

A nivel provincial, en el año 2007 se observa que la concentración urbana se encuentra en la provincia de Huamanga donde la población asciende a un 73,0%

(161 mil 636 personas), a comparación del año 1993 que fue de 67,9% (110 mil 745 personas).

En el área rural, las provincias que concentran la mayor población rural son Huamanga que representa 27,0% (59 mil 754 personas), Huanta que representa 54,1% (50 mil 544 personas) y La Mar que representa el 59,2% (49 mil 792 personas) con respecto del total de la población rural del departamento.

POBREZA TOTAL⁷⁵

La brecha de la pobreza entendida como la proporción de gasto que falta a la población para cubrir una canasta básica de consumo, la población es pobre por carencia de necesidades básicas insatisfechas relacionadas con las características de las viviendas, acceso a servicios básicos y servicios sociales de educación, salud y empleo. Durante el 2005 y 2006 la tasa de pobreza de la región de Ayacucho, aumento en 1,1% al pasar de 77,3% en el 2005 a 78,4% en el 2006. Sin embargo, lo más alarmante es el aumento de la tasa de extrema pobreza en 2,7% (más de dos veces el aumento de la tasa de pobreza de la región).

CENTROS DE SALUD

ACCESO A LA SALUD⁷³

Según resultados del Censo de Población y Vivienda del 2007, en el departamento de Ayacucho el 54,7% de la población cuenta con algún tipo de seguro de salud; es decir, 335 mil 322 personas; no obstante, el 45,3% de la población se encuentra aún desprotegida lo que equivale a 277 mil 167 personas.

Los resultados censales muestran que mujeres y hombres acceden casi en la misma proporción al seguro de salud. Así, en el departamento de Ayacucho el

51,9% de las mujeres; es decir, 173 mil 961, y el 48,1% de hombres, que equivale a 161 mil 361 personas cuentan con algún seguro de salud.

Por área de residencia, 176 mil 500 personas residentes del área urbana tienen seguro de salud, en términos proporcionales significa 53 de cada 100 personas residentes en esta área están protegidos con algún seguro de salud, mientras que en el área rural llega a 158 mil 822 personas, lo que equivale a 47 de cada 100 personas.

En el área urbana del departamento de Ayacucho se observa una ligera diferencia en el acceso a seguro de salud entre mujeres (50,8%) y hombres (48,5%). En cambio, en el área rural más mujeres (64,4%) que hombres (59,2%) cuentan con seguro de salud, siendo 5,2 puntos porcentuales más.

Según área de residencia, la población del área rural del departamento de Ayacucho accede más al SIS, donde el 58,6% tiene este tipo de aseguramiento; mientras que en el área urbana este tipo de seguro cubre al 31,1%. En cambio, a EsSalud accede mayormente la población del área urbana (14,8%), mientras que la población del área rural accede en 2,3%. También, los residentes del área urbana presentan la mayor proporción de acceso a otros seguros de salud (3,6%), respecto al área rural (0,8%).

Tanto mujeres y hombres residentes del área urbana acceden en la misma proporción a EsSalud (14,8) y al SIS (32,9% y 29,3%). Sin embargo, en el área rural se observa una diferencia significativa, donde el 61,7% de las mujeres acceden al SIS, frente al 55,5% de los hombres; mientras que el 2,6% de hombres accede a EsSalud y las mujeres el 2,1%.

PLANTAS MEDICINALES EN EL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO^{76,77}

NOMBRE CIENTIFICO	NOMBRE COMUN	PARTE DE LA PLANTA USADA	FORMA DE USO
<i>Echeveria elegans</i> <i>Baccharis sp</i>	Rosa verde Huamansipa	Hojas Tallo y hojas	Para acentuar el parto Dolor de cabeza, malestar general, nauseas); se bebe en infusión
<i>Baccharis genistelloides</i> <i>Baccharis salicifolia</i>	Quimsa cucho Chilca	Hojas solo una hoja en aprox. 1 litro	Para curar el hígado y el riñón; se consume en infusión Para la tos y el dolor de riñones, en infusión
<i>Gamochaeta spicata</i> <i>Senecio rudbeckiaefolia</i> <i>Mutisia acuminata</i>	Qeto Qeto Remilla Chinchilcoma	Hojas Hojas, tallos y flores Hojas, tallos	Como emplasto para heridas Para los bronquios, en infusión o se inhala los vapores Inflamaciones, dolor de estómago, se consume en infusión
<i>Chuquiraga spinosa</i> <i>Ambrosia arborescens</i>	Qarisirwe o Alacas Marco	Hojas Hojas y frutos	Enfermedades del hígado y riñón Como purgante; para desparasitar; se consume en infusión
<i>Matricaria chamomilla</i> <i>Tanacetum parthenium</i>	Manzanilla Santa María	Tallos y flores Tallos y flores	Para el dolor de estómago Usado para enfermedades del hígado y estomago
<i>Salvia sagittata</i> <i>Mintosthachys mollis</i> <i>Calceolaria linearis</i>	Salvia real Muña Romerillo de Puna o Romero Silvestre	Hojas Tallo y hojas Hojas	Enfermedades del hígado, estómago Enfermedades del hígado Para los bronquios
<i>Calceolarea speciosa</i> <i>Spartium junceum</i>	Wawllay Retama	Hojas Hojas y flores	Para los bronquios y gripe Para el reumatismo, se lava la cabeza con la infusión
<i>Psoralea glandulosa</i> <i>Schinus molle</i> <i>Muehlenbeckia volcanica</i> <i>Rumex peruanos</i> <i>Foeniculum vulgare</i> <i>Chenopodium amrosioides</i>	Wallwa o Culen Molle Mullaca Putaja Hinojo Paico	Hojas Frutos y hojas Tallos y hojas Hojas Tallos Hojas	Lavado el estómago dolor de riñones y pulmón Para el escorbuto Reumatismo se usa en brujerías Para cólicos
<i>Ephendra americana</i> <i>Lippia thyphiya</i>	Pinco Pinco Cedrón	Tallos Hojas	Para el reumatismo infusión en el desayuno como azúcar
<i>Ruta graveolens</i> <i>Erythroxylum coca</i>	Ruda Coca	Hojas y tallos Hojas secas	Antiinflamatorio Analgésico, chaccado de las hojas y en infusión
<i>Eucalytus globulus</i> <i>Linum usitatissimum</i> <i>Caesalpinia spinosa</i>	Eucalipto Linaza Tara	Hojas Semillas	Tos, gripe, catarro, fiebres Afecciones urinarias Cicatrizante, gripe, resfrio

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Dolor: Sensación aflictiva de una parte del cuerpo

Dolor dental: Experiencia sensorial y emocional desagradable producida por un daño en la pieza dentaria.

Automedicación: Uso que un enfermo hace, al margen de la prescripción médica, de aquellos medicamentos que considera adecuados para remediar su afección.

Automedicación farmacológica: Tipo del manejo del dolor dentario de los sujetos en estudio a través de medicamentos.

AINES: Siglas de Antiinflamatorios no esteroides, los cuales son medicamentos de uso común que impiden o detienen la inflamación.

Automedicación tradicional: Tipo del manejo del dolor dentario de los sujetos en estudio a través de elementos de origen natural: vegetal, animal, mineral, emplastos etc.

Emplastos: Preparación medicinal consistente en aplicar una o varias hierbas sobre la parte externa del cuerpo para aliviar el dolor o limpiar heridas.

Medicamento de origen vegetal: Medicamentos cuyo origen derivan del reino vegetal (hojas, frutos, semillas, etc.); por ejemplo tenemos: clavo de olor, ajos, higo, etc.

Medicamento de origen animal: Destacan como fuente de medicamentos los aceites de animales los sueros animales, usados para neutralizar los efectos de algunas infecciones, por ejemplo: orina, sangre de vaca, etc.

Medicamento de origen mineral: Es el caso de las sales utilizadas de aluminio para paliar la acidez de estómago, o del talco para aliviar el picor y como base de pomadas.

Nivel social: Dimensión que corresponde a la estratificación de la población según sus condiciones de vida material y sus prácticas sociales o de interacción con la sociedad.

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:

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.

Nivel Socioeconómico-cultural: Dimensión del estudio de las poblaciones que involucra los conceptos de dimensión social, económico y cultural.

3.4 HIPÓTESIS

El manejo del dolor dental de los pobladores de nivel social, económico y cultural muy bajo de la zona urbana de cinco distritos de la Provincia de Huamanga se basa en la automedicación con fármacos.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables: manejo del dolor dentario, nivel socioeconómico-cultural.

Covariables: grupo etáreo, sexo.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	SUBDIMENSION	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA
Manejo del dolor dental	Acción que el individuo hace al margen de la prescripción médica de aquellos medicamentos que considera adecuados para calmar el dolor dental	Tipos de automedicación	Automedicación farmacológica	Test	Nominal	-Aines -Antibióticos -Otros -No recuerda
			Automedicación tradicional	Test	Nominal	-Vegetal -Animal -Mineral -Emplasto o preparado -No recuerda
		Características de la automedicación	Persona que lo aconseja	Test	Nominal	-Padres -Otros parientes -Amigos -Farmacéutico -Por decisión propia
			Efectividad del medicamento	Test	Nominal	a) Calmó al instante (10 min) b) En corto Tiempo (30 min) c) Largo Tiempo (1h) b) No calmó
			Procedencia del medicamento	Test	Nominal	-Farmacia -Bodega -Botiquín familiar -Amigos -Otros
Nivel socio económico cultural	Característica asignada por la suma de los datos del nivel social económico y cultural del individuo y categorizada como: Medio alto: Medio: Medio bajo:	Nivel social	Principal actividad laboral	Organización a la pertenece	Ordinal	Medio alto: 12-15 pts Medio: 8-11 pts Bajo: 4-7 pts Muy Bajo: 0-3 pts
			Principal actividad en el tiempo libre			
			Promedio de ingreso mensual			
		Principal material de la vivienda				
		Pertenencia de la vivienda				
		Servicios con la que cuenta la vivienda				

		Nivel cultural	Idioma que domina Grado de instrucción Medios de información Preferencia de programas de tv	Ordinal	Medio alto: 12-16 pts Medio: 9-11 pts Bajo: 6-8 pts Muy Bajo: 3-5 pts
Grupo etáreo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Grupo de edades	Edad cronológica	Ordinal	-18-29 años -30-39 años -40-49 años -50-59 años -60-69 años -70-80 años
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen al espectro humano en varón o mujer	Sexo de personas	Género	Nominal	Masculino Femenino

IV. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Epidemiológico

- Descriptivo
- Transversal

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población de estudio estuvo comprendida entre adultos de 18 a 80 años, de cinco distritos de la Provincia de Huamanga que según el último censo del año 2007 presentó 130 103 habitantes mayores de edad. (Anexo 04)

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó en base a la información dada por el INEI a través del último Censo 2007. La muestra de pobladores se determinó por la siguiente fórmula muestral:

$$n_0 = \frac{Z^2 P(1-P)}{E^2}$$

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

Descripción:

N= Número de pobladores

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza de 95% (valor estándar de 1.96)

P= Prevalencia de automedicación en el Perú (0.5)

E= Margen de error de 5% (valor estándar de 0.05)

Aplicando la fórmula:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 (1-0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = 384.16$$

Reemplazando:

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

N= Número de pobladores

n_0 = Tamaño de Muestra requerida

$$n = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{130103}}$$

$$n = 383.02$$

Tamaño de la muestra: 383 habitantes.

UNIDAD DE MUESTREO

La unidad de muestreo estuvo conformada por los adultos mayores de 18 años que habitan en cinco distritos de la Provincia de Huamanga.

TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia, se eligió de las viviendas registradas en el plano de ubicación correspondiente de cada distrito para la realización de las entrevistas programadas casa por casa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se tomó en cuenta los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser habitantes de la Provincia de Huamanga.
- Ser mayor de edad, de cualquier sexo, grado de instrucción y ocupación.
- Ser psicológicamente apto.
- Uso del idioma español.
- Haber padecido de dolor dentario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Ser profesional de la salud.
- Ser quechua hablante.

4.3 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

MÉTODOS Y TÉCNICAS

La metodología consideró a individuos mayores de 18 años que hayan padecido por lo menos una vez de dolor dentario y que además consintieron voluntariamente a participar. (Anexo 02)

La Provincia de Huamanga cuenta con 15 distritos: Socos, Pacaycasa, Tambillo, San Juan Bautista, Acos Vinchos, Jesús Nazareno, Vinchos, Ayacucho, Chiara, Santiago de Pischa, Ocros, Quinoa, Carmen Alto, San José de Ticllas, Acocro.

Se eligió cinco distritos cercanos a la Ciudad de Huamanga.

La técnica de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El método de recolección de datos será en base a la aplicación de la entrevista, que consta de las siguientes partes:

Parte 1: Datos de filiación. Que permitieron caracterizar a la población de estudio.

Parte 2: Datos del manejo del dolor y automedicación. Compuesta por 6 preguntas, permitió determinar la prevalencia y el tipo de automedicación en la población, así como recopilar información adicional sobre el comportamiento y características de la automedicación en los individuos.

Parte 3: Datos del Nivel Socioeconómico-cultural. Esta tercera parte consta de 11 preguntas cerradas de respuesta múltiple divididas en 3 grupos, nivel social, económico y cultural. Cada pregunta tuvo 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 (nivel

social, nivel económico y nivel cultural). Esta escala de determinación de nivel socio económico cultural fue tomada de la investigación de AGUEDO⁷.

Se tomó como instrumento de recolección de datos el instrumento validado en la investigación de AGUEDO⁷.

En el Anexo 03 se presenta la entrevista y la asignación de puntos de cada indicador.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó a la Municipalidad Provincial de Huamanga, Municipalidad Distrital de Quinua, Municipalidad Distrital de Pacaycasa, Municipalidad Distrital de San Juan Bautista, Municipalidad Distrital de Jesús Nazareno, el permiso Municipal y el listado de las viviendas registradas en el plano de ubicación correspondiente para la realización de las entrevistas programadas casa por casa. (Anexo 05)

Una vez obtenido el plano de ubicación se visitó las viviendas aledañas a la Plaza Central y a la Municipalidad de cada distrito. El proceso de recolección de datos se realizó en el mes de Agosto del 2012 en horario 8:00 am – 6:00 pm. Se aplicó la entrevista al individuo que se encontró disponible y que cumplió con los criterios de inclusión.

En los casos de no encontrar a ninguna persona en la vivienda se procedió a visitar la vivienda contigua del lado derecho y así completar el tamaño de muestra establecida.

4.4 PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de la aplicación del instrumento, los datos fueron procesados de manera automatizada, en una computadora Intel core i3, utilizando los siguientes Softwares: Procesador de texto Microsoft Word 2010, Microsoft Excel 2010, Programa Estadístico SPSS 20.

4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

V. RESULTADOS

TABLA 1. MANEJO DEL DOLOR DENTAL RELACIONADO CON EL NIVEL SOCIAL DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS EN LA PROVINCIA DE HUAMANGA-AYACUCHO 2012.

NIVEL SOCIAL	MANEJO DEL DOLOR				
	Automedicación Farmacológica	Automedicación Tradicional	Ambos	Medicación Profesional	Ninguna
Bajo	47 35.6%	12 9.1%	39 29.5%	14 10.6%	20 15.2%
Muy bajo	45 17.9%	93 36.9%	27 10.7%	65 25.8%	22 8.7%
TOTAL	92 24.0%	105 27.3%	66 17.2%	79 20.6%	42 10.9%

$$X^2 = 0.000 \text{ (p}<0.05) \quad \text{gl}=4$$

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

Se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica en el nivel social bajo (35.6%).

Se encontró mayor porcentaje de automedicación tradicional en el nivel social muy bajo (36.9%).

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel socioeconómico cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.000$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel social.

**TABLA 2. MANEJO DEL DOLOR DENTAL RELACIONADO CON EL NIVEL
ECONÓMICO DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS EN LA PROVINCIA
DE HUAMANGA-AYACUCHO 2012.**

NIVEL ECONÓMICO	MANEJO DEL DOLOR				
	Automedicación Farmacológica	Automedicación Tradicional	Ambos	Medicación Profesional	Ninguna
Medio alto	6 33.3%	0 0.0%	1 5.6%	9 50.0%	2 11.1%
Medio	41 48.2%	9 10.6%	7 8.2%	23 27.1%	5 5.9%
Bajo	38 17.2%	76 34.4%	54 24.4%	31 14.0%	22 10.0%
Muy bajo	7 11.7%	20 33.3%	17 28.3%	3 5.0%	13 21.7%
TOTAL	92 24.0%	105 27.3%	79 20.6%	66 17.2%	42 10.9%

$X^2 = 0.000$ ($p < 0.05$)

gl=12

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

Se encontró mayor porcentaje para el uso de medicación profesional en el nivel económico medio alto (50.0%).

Se encontró mayor porcentaje para el uso de automedicación farmacológica en el nivel económico medio (48.2%).

Se encontró mayor porcentaje de automedicación tradicional en el nivel económico bajo (34.4%) y muy bajo (33.3%).

Se encontró un mayor porcentaje de ninguna conducta para el manejo del dolor dental en el nivel económico muy bajo (21.7%).

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel económico a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.000$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel económico.

TABLA 3. MANEJO DEL DOLOR DENTAL RELACIONADO CON EL NIVEL CULTURAL DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS EN LA PROVINCIA DE HUAMANGA-AYACUCHO 2012.

NIVEL CULTURAL	MANEJO DEL DOLOR				
	Automedicación Farmacológica	Automedicación Tradicional	Ambos	Medicación Profesional	Ninguna
Medio alto	51 32.7%	28 17.9%	23 14.7%	36 23.1%	18 11.5%
Medio	29 16.8%	57 32.9%	42 24.3%	24 13.9%	21 12.1%
Bajo	12 22.6%	19 35.8%	13 24.5%	6 11.3%	3 5.7%
Muy bajo	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
TOTAL	92 24.0%	105 27.3%	79 20.6%	66 17.2%	42 10.9%

$X^2 = 0.002$ ($p < 0.05$)

gl=12

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

Se encontró mayor porcentaje de automedicación farmacológica (32.7%) y medicación profesional (23.1%) en el nivel cultural medio alto de los pobladores entrevistados.

Se encontró mayor porcentaje de automedicación tradicional en el nivel cultural medio (32.9%) y bajo (35.8%).

Se evaluó la relación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.002$) concluyéndose que existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural.

TABLA 4. TIPO DE AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS EN LA PROVINCIA DE HUAMANGA-AYACUCHO 2012.

GRUPO ETÁREO	SEXO	AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA							
		Antiinflamatorio		Antibiótico		Analgésico		No recuerda	
18-29 años	M	2	7.1%	1	3.6%	5	17.9%	1	3.6%
	F	5	5.5%	2	2.2%	32	35.2%	5	5.5%
30-39 años	M	2	5.9%	0	0.0%	5	14.7%	3	8.8%
	F	8	11.3%	6	8.5%	22	31.0%	6	8.5%
40-49 años	M	1	3.7%	0	0.0%	10	37.0%	4	14.8%
	F	2	7.1%	0	0.0%	10	35.7%	2	7.1%
50-59 años	M	1	5.6%	0	0.0%	4	22.2%	3	16.7%
	F	1	4.2%	0	0.0%	11	45.8%	4	16.7%
60-69 años	M	1	5.0%	1	5.0%	2	10.0%	4	20.0%
	F	1	6.3%	0	0.0%	6	37.5%	0	0.0%
70-80 años	M	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%
	F	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%
TOTAL	M	7	5.0%	2	1.4%	27	19.4%	15	10.8%
	F	17	6.9%	8	3.3%	81	33.1%	18	7.3%

$X^2 = 0.018$ ($p < 0.05$)

gl=12

$X^2 = 0.018$ ($p < 0.05$)

gl=4

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

El mayor porcentaje de automedicación farmacológica de tipo antiinflamatoria corresponde al sexo femenino de grupo etáreo 30-39 años (11.3%) y 60-69 años (6.3%).

El mayor porcentaje de automedicación farmacológica de tipo antibiótica corresponde al sexo femenino de grupo etáreo 30-39 años (8.5%).

El mayor porcentaje de automedicación farmacológica de tipo analgésico corresponde al sexo femenino de grupo etáreo 50-59 años (45.8%) y 60-69 años (37.5%).

Se evaluó la relación entre automedicación farmacológica y grupo étnico a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.018$) concluyéndose que existe asociación entre automedicación farmacológica y grupo étnico.

Se evaluó la relación entre automedicación farmacológica y sexo a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.018$) concluyéndose que existe asociación entre automedicación farmacológica y sexo.

TABLA 5. TIPO DE AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS EN LA PROVINCIA DE HUAMANGA-AYACUCHO 2012.

GRUPO ETÁREO	SEXO	AUTOMEDICACION TRADICIONAL									
		Vegetal		Animal		Mineral		Emplastos o preparados		No recuerda	
18-29 años	M	3	10.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%
	F	30	33.0%	1	1.1%	4	4.4%	19	20.9%	1	1.1%
30-39 años	M	5	14.7%	0	0.0%	1	2.9%	6	17.6%	0	0.0%
	F	20	28.2%	1	1.4%	1	1.4%	14	19.7%	0	0.0%
40-49 años	M	1	3.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	18.5%	0	0.0%
	F	2	7.1%	0	0.0%	1	3.6%	5	17.9%	1	3.6%
50-59 años	M	3	16.7%	0	0.0%	1	5.6%	2	11.1%	0	0.0%
	F	6	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	8.3%	0	0.0%
60-69 años	M	2	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	35.0%	1	5.0%
	F	3	18.8%	0	0.0%	0	0.0%	7	43.8%	0	0.0%
70-80 años	M	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%	10	83.3%	0	0.0%
	F	3	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	12	80.0%	0	0.0%
TOTAL	M	15	10.8%	0	0.0%	2	1.4%	31	22.3%	1	.7%
	F	64	26.1%	2	.8%	6	2.4%	59	24.1%	2	.8%

$\chi^2 = 0.000$ ($p < 0.05$) $gl=25$
 $\chi^2 = 0.003$ ($p < 0.05$) $gl=5$

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

El mayor porcentaje de automedicación tradicional de tipo vegetal corresponde al sexo femenino de grupo etáreo 18-29 años (33.0%) y 30-39 años (28.2%).

El mayor porcentaje de automedicación tradicional de tipo animal corresponde al sexo femenino de grupo etáreo 30-39 años (1.4%) y de tipo mineral corresponde al sexo masculino de grupo etáreo 50-59 años (5.6%).

Se encontró mayor porcentaje de automedicación tradicional de tipo emplastos y preparados en grupo etáreo 70-80 años de sexo masculino (83.3%) y sexo femenino (80.0%).

Se evaluó la relación entre automedicación tradicional y grupo etáreo a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.000$) concluyéndose que existe asociación entre automedicación tradicional y grupo etáreo.

Se evaluó la relación entre automedicación tradicional y sexo a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.003$) concluyéndose que existe asociación entre automedicación tradicional y sexo.

TABLA 6. CARACTERISTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS EN LA PROVINCIA DE HUAMANGA-AYACUCHO 2012.

GRUPO ETÁREO	SEXO	PERSONA QUE ACONSEJA									
		Padres		Familiares		Amigos		Farmacéutico		Por decisión propia	
18-29 años	M	3	10.7%	0	0.0%	0	0.0%	3	10.7%	7	25.0%
	F	42	46.2%	12	13.2%	4	4.4%	9	9.9%	11	12.1%
30-39 años	M	2	5.9%	9	26.5%	2	5.9%	5	14.7%	4	11.8%
	F	24	33.8%	11	15.5%	2	2.8%	5	7.0%	18	25.4%
40-49 años	M	1	3.7%	7	25.9%	1	3.7%	4	14.8%	8	29.6%
	F	6	21.4%	3	10.7%	1	3.6%	4	14.3%	8	28.6%
50-59 años	M	2	11.1%	3	16.7%	1	5.6%	2	11.1%	5	27.8%
	F	1	4.2%	4	16.7%	0	0.0%	2	8.3%	12	50.0%
60-69 años	M	2	10.0%	3	15.0%	3	15.0%	2	10.0%	5	25.0%
	F	6	37.5%	2	12.5%	3	18.8%	0	0.0%	4	25.0%
70-80 años	M	7	58.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	4	33.3%
	F	6	40.0%	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%	5	33.3%
TOTAL	M	17	12.2%	22	15.8%	7	5.0%	17	12.2%	33	23.7%
	F	85	34.7%	36	14.7%	10	4.1%	20	8.2%	58	23.7%

$X^2 = 0.000$ ($p < 0.05$)

$X^2 = 0.000$ ($p < 0.05$)

gl=25

gl=5

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

Se encontró mayor porcentaje en grupo etáreo 70-80 años de sexo masculino referir que son los padres (58.3%) y familiares (26.5%) que aconsejan el manejo del dolor dental.

Se encontró mayor porcentaje en grupo etáreo 60-69 años de sexo masculino (58.3%) y sexo femenino (15.0%) referir que son los amigos que aconsejan el manejo del dolor dental.

Se encontró mayor porcentaje en grupo etáreo 40-49 años de sexo masculino (14.8%) y sexo femenino (14.3%) referir que es el farmacéutico que aconsejan el manejo del dolor dental.

Se encontró mayor porcentaje de manejo del dolor dental por decisión propia en grupo etáreo 50-59 años de sexo femenino (50.0%) y ambos sexos en grupo etáreo 70-80 años (33.3%) y grupo etáreo 60-69 años (25.0%).

Se realizó la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.000$) concluyéndose que existe asociación entre persona que aconseja con el grupo etáreo y sexo.

TABLA 7. CARACTERÍSTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS EN LA PROVINCIA DE HUAMANGA-AYACUCHO 2012.

GRUPO ETÁREO	SEXO	EFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO							
		Calmó al instante (10 min)		En corto tiempo (30 min)		Largo Tiempo (1h)		No calmó	
18-29 años	M	1	3.6%	8	28.6%	3	10.7%	1	3.6%
	F	18	19.8%	48	52.7%	13	14.3%	0	0.0%
30-39 años	M	5	14.7%	10	29.4%	6	17.6%	1	2.9%
	F	9	12.7%	38	53.5%	13	18.3%	1	1.4%
40-49 años	M	2	7.4%	12	44.4%	7	25.9%	0	0.0%
	F	8	28.6%	11	39.3%	3	10.7%	0	0.0%
50-59 años	M	2	11.1%	10	55.6%	1	5.6%	0	0.0%
	F	2	8.3%	15	62.5%	2	8.3%	0	0.0%
60-69 años	M	2	10.0%	10	50.0%	2	10.0%	1	5.0%
	F	2	12.5%	9	56.3%	3	18.8%	1	6.3%
70-80 años	M	5	41.7%	6	50.0%	1	8.3%	0	0.0%
	F	3	20.0%	10	66.7%	2	13.3%	0	0.0%
TOTAL	M	17	12.2%	56	40.3%	20	14.4%	3	2.2%
	F	42	17.1%	131	53.5%	36	14.7%	2	.8%

$$X^2 = 0.204 (p < 0.05)$$

$$gl=20$$

$$X^2 = 0.001 (p < 0.05)$$

$$gl=4$$

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

Se encontró mayor porcentaje de sexo masculino (41.7%) referir la efectividad del medicamento en 10 min y sexo femenino (66.7%) referir la efectividad del medicamento en 30 min.

Se encontró mayor porcentaje de sexo femenino referir la efectividad del medicamento en largo tiempo 1h (18.8%) y no calmar el dolor (6.3%).

Se evaluó la relación entre efectividad del medicamento y grupo etáreo a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.204$) concluyéndose que no existe asociación entre efectividad del medicamento y grupo etáreo.

Se evaluó la relación entre efectividad del medicamento y sexo a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.001$) concluyéndose que existe asociación entre efectividad del medicamento y sexo.

TABLA 8. CARACTERÍSTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS EN LA PROVINCIA DE HUAMANGA-AYACUCHO 2012.

GRUPO ETÁREO	SEXO	ADQUISICION DEL MEDICAMENTO									
		Farmacia		Bodega		Botiquín familiar		Familiares o amigos		Otros	
18-29 años	M	7	25.0%	1	3.6%	1	3.6%	2	7.1%	2	7.1%
	F	19	20.9%	11	12.1%	0	0.0%	14	15.4%	35	38.5%
30-39 años	M	10	29.4%	1	2.9%	0	0.0%	3	8.8%	8	23.5%
	F	21	29.6%	5	7.0%	1	1.4%	4	5.6%	30	42.3%
40-49 años	M	11	40.7%	3	11.1%	0	0.0%	1	3.7%	6	22.2%
	F	9	32.1%	4	14.3%	0	0.0%	5	17.9%	4	14.3%
50-59 años	M	6	33.3%	2	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	27.8%
	F	8	33.3%	3	12.5%	1	4.2%	5	20.8%	2	8.3%
60-69 años	M	5	25.0%	1	5.0%	0	0.0%	1	5.0%	8	40.0%
	F	4	25.0%	1	6.3%	0	0.0%	2	12.5%	8	50.0%
70-80 años	M	1	8.3%	2	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	9	75.0%
	F	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	2	13.3%	12	80.0%
TOTAL	M	40	28.8%	10	7.2%	1	.7%	7	5.0%	38	27.3%
	F	61	24.9%	25	10.2%	2	.8%	32	13.1%	91	37.1%

$\chi^2 = 0.003$ ($p < 0.05$) $gl=25$
 $\chi^2 = 0.000$ ($p < 0.05$) $gl=5$

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

Se encontró mayor porcentaje de adquisición del medicamento en la farmacia en grupo etáreo 40-49 años de sexo masculino (40.7%) y grupo etáreo 50-59 años en ambos sexos (33.3%).

Se encontró mayor porcentaje en grupo etáreo 70-80 años de sexo masculino (16.7%) la adquisición del medicamento en la bodega y adquisición del medicamento en otros de sexo femenino (80.0%) y sexo masculino (75%).

Se encontró mayor porcentaje en grupo etáreo 50-59 años de sexo femenino la adquisición del medicamento en el botiquín familiar (4.2%) y adquisición del medicamento a través un familiar o amigo (20.8%).

Se evaluó la relación entre procedencia del medicamento y grupo étnico a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.003$) concluyéndose que existe asociación entre adquisición del medicamento y grupo étnico.

Se evaluó la relación entre procedencia del medicamento y sexo a través de la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0.000$) concluyéndose que existe asociación entre adquisición del medicamento y sexo.

VI. DISCUSIÓN

El dolor dentario es una de las afecciones más agudas que se presenta en el ser humano, al manifestarse el paciente tiende a calmarlo inmediatamente, utilizando diferentes tratamientos, principalmente la automedicación, por lo general el individuo que padece de dolor dentario no acude a la consulta profesional (odontólogo) no solo por el costo sino también por la carencia de éstos en algunos sectores del interior, tanto en zonas urbanas como 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.

Los pobladores de la Provincia de Huamanga tienen como manejo principal frente al dolor dental a la Automedicación; es así que se automedican en un 72,2% frente a un 16.9% que recibe medicación profesional y un 10.9% no usa nada para manejar el dolor dental. Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por GOMEZ, AGUEDO, MARAVI, TELLO, BAENA y difiere con el estudio realizado por DROVA.

El manejo del dolor dental principal de los pobladores de los cinco Distritos estudiados de la Provincia de Huamanga fue la automedicación tradicional (27.6%) sobre la automedicación farmacológica (24.0%). Este resultado concuerda con MISRACHI (37%) y difiere con los estudios realizados por: VERA (38.6%), PARI (42.3%), AGUEDO (64.61%), TELLO (43.9%), NUÑEZ (47.4%), STELTER (78%), BAÑOS (72%), KNAUTH (63%) donde el manejo principal fue la automedicación farmacológica. Este resultado podría explicarse debido a la falta de centros de salud en los distritos de la Provincia de Huamanga. Otros factores

podrían ser la falta del personal en los establecimientos de Salud, misma medicación para el manejo del dolor, prolongado tiempo de espera, disponibilidad de tiempo y porque las consultas privadas son caras.

Los resultados de la investigación muestran que hay asociación entre los niveles sociales y el manejo del dolor dental ($\chi^2=0.000$), es así que el nivel muy bajo (36.9%) utilizaron automedicación tradicional en mayor porcentaje, esto concuerda con el estudio realizado por AGUEDO y VALDEZ.

También se encontró asociación entre los niveles económicos y el manejo del dolor dental ($\chi^2=0.000$), es así que el nivel medio alto (50.0%) utilizaron la medicación profesional antes que la automedicación a diferencia del nivel bajo (34.4%) y muy bajo (33.3%) que utilizaron automedicación tradicional en mayores porcentajes, esto concuerda con el estudio realizado por AGUEDO, TELLO, LALAMA y VALDEZ.

Finalmente se encontró asociación entre los niveles culturales y el manejo del dolor dental ($\chi^2=0.000$), es así que el nivel bajo (35.8%) utilizaron automedicación tradicional en mayores porcentajes a diferencia del nivel medio alto donde utilizaron automedicación farmacológica (32.7%) y medicación profesional (23.1%), esto concuerda con el estudio realizado por AGUEDO, VALDEZ y difiere con el estudio realizado por LLANOS.

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.

El tipo de medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación farmacológica fue el analgésico (28.1%). Este resultado concuerdan con los estudios realizados por: GALINDO (36.9%), LALAMA (46.4%), BAÑOS (39%). Siendo el medicamento más utilizado el Dolocordralan (10.7%) y entre los de menor uso se encuentra el: Ketorolaco (0,5%), Doloral (0,3%).

Se encontró que hay asociación entre automedicación farmacológica con grupo etáreo ($\chi^2=0.000$) y sexo ($\chi^2=0.003$), donde el medicamento de tipo analgésico muestra mayor porcentaje en el sexo del grupo etáreo 50-59 años (45.8%) y 60-69 años (37.5%).

Esto se podría explicar debido a que existe una gran cantidad de analgésicos de venta libre y que son comerciales en nuestra cultura, muchos de ellos habiendo sido conocidos por los medios de comunicación, familiares, amigos, farmacéuticos y/o a través de su médico al haber sido recetados para alguna dolencia anterior.

El tipo de medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación tradicional fueron los emplastos o preparados (23,2%) y vegetales (20.8%). Este resultado concuerda con GÓMEZ.

Se encontró que hay asociación entre automedicación tradicional con grupo etáreo ($\chi^2=0.000$) y sexo ($\chi^2=0.003$), donde el medicamento de tipo emplasto muestra mayor porcentaje en el grupo etáreo 70-80 años de sexo masculino (45.8%) y sexo femenino (80.0%).

Los resultados muestran que existe una prevalencia de mayor uso de plantas medicinales en la automedicación tradicional, a pesar que se observa un proceso acelerado de crecimiento de la población asentada en los centros urbanos a una tasa promedio anual de 2,9% (Censo 2007) a comparación de la zona rural que

según periodo intercensal 1981-1993, ha decrecido a un 1,8% anual por la violencia política vivida y en el periodo intercensal 1993 - 2007, un leve incremento de 0,04%. Esto se debería a que la población aún conserva sus costumbres, cultura, hábitos y que las plantas medicinales ofrecen precios extremadamente bajos con respecto al valor de productos farmacéuticos (químicamente sintetizados) lo que facilita su consumo.

Los Padres tiene una importante influencia en la automedicación (26.6%), seguido por decisión propia (23.7%), lo que concuerda con el estudio realizado por VERA (77.9%) y LALAMA (49%). Este resultado difiere con los estudios de: PARI (29,2%), AGUEDO (36.80%), TELLO (50.92%), NUÑEZ (32.5%) quien es el farmacéutico la influencia principal y BAÑOS (73%) por decisión propia.

Se encontró que hay asociación entre la persona que aconseja el manejo del dolor dental con grupo etáreo ($\chi^2=0.000$) y sexo ($\chi^2=0.003$), donde se encontró mayor porcentaje en el grupo etáreo 70-80 años de sexo masculino referir que son los padres (58.3%) y familiares (26.5%) los que aconsejan el manejo del dolor dental.

Esto se debe a que los padres constituyen una vía de información importante de experiencias pasadas, de costumbres y hábitos en cuanto a la medicina pasándolas de generación en generación.

Frente al dolor dentario, el alivio que siente el poblador momentáneamente después de la automedicación ya sea farmacológica o tradicional no llega a solucionar definitivamente la causa el dolor dentario, pero lo lleva a utilizarlo por segunda o más veces.

La efectividad de los medicamentos frecuentemente utilizados para el manejo del dolor dental fue en corto tiempo (30 min) (48.7%).

Se encontró que no hay asociación entre efectividad del medicamento y grupo etáreo ($\chi^2=0.204$), pero hay asociación entre efectividad del medicamento y sexo ($\chi^2=0.001$), donde se encontró mayores porcentajes de sexo femenino (66.7%) referir la efectividad del medicamento en corto tiempo (30 min).

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, centros de salud y otros.

Los lugares donde se adquieren mayormente los medicamentos son en otros (33.6%) y en la farmacia (26.6%), resultado que concuerda con el estudio realizado por NUÑEZ y LLANOS.

Se encontró que hay asociación entre el lugar de adquisición del medicamento con grupo etáreo ($\chi^2=0.003$) y sexo ($\chi^2=0.000$), donde se encontró mayor porcentaje de adquisición en otros en grupo etáreo 70-80 años de sexo femenino (80.0%) y sexo masculino (75.0%) seguido de la adquisición en la farmacia en grupo etáreo 40-49 años de sexo masculino (40.7%) y grupo etáreo 50-59 años de sexo masculino y femenino (33.3%).

VII. CONCLUSIONES

- 1) El manejo del dolor dental de los pobladores se basa en la automedicación tradicional en el nivel muy bajo tanto social (36.9%), económico (33.3%) y cultural (50.0%), por lo que no se acepta la hipótesis planteada.
- 2) Existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel social de los pobladores de la Provincia de Huamanga ($\chi^2=0.000$).
- 3) Existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel económico de los pobladores de la Provincia de Huamanga ($\chi^2=0.000$).
- 4) Existe asociación entre el manejo del dolor dental y el nivel cultural de los pobladores de la Provincia de Huamanga ($\chi^2=0.000$).
- 5) Existe asociación entre automedicación farmacológica con grupo étnico ($\chi^2=0.000$) y sexo ($\chi^2=0.003$).
- 6) Existe asociación entre automedicación tradicional con grupo étnico ($\chi^2=0.000$) y sexo ($\chi^2=0.003$).
- 7) Existe asociación entre persona que aconseja el manejo del dolor dental con grupo étnico ($\chi^2=0.000$) y sexo ($\chi^2=0.000$).
- 8) No existe asociación entre efectividad del medicamento y grupo étnico ($\chi^2=0.204$). Existe asociación entre efectividad del medicamento y sexo ($\chi^2=0.001$).
- 9) Existe asociación entre lugar de adquisición del medicamento con grupo étnico ($\chi^2=0.003$) y sexo ($\chi^2=0.000$).

- 10) El tipo de medicamentos más utilizado en la automedicación farmacológica fueron los Analgésicos (28.1%), siendo el tipo de medicamento más usado el Dolocordralan (10.7%).
- 11) El medicamento tradicional de tipo vegetal frecuentemente utilizado fue la Coca (6,3%) seguido por el Molle (4.2%), Remilla y Llantén (1.8%).
- 12) La persona que mayormente aconseja la toma del medicamento es el padre (26.6%), el lugar donde mayormente se adquiere es en otros (33.6%) y la efectividad del medicamento para el manejo del dolor dental fue en corto tiempo 30 min (48.7%).

VIII. RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar promoción de la salud bucal a través del Hospital Regional de Huamanga y los centros de Salud de cada distrito, para mayor información ante el manejo del dolor dental.

Se recomienda realizar programas de sensibilización y educación a los pobladores de la Provincia de Huamanga para dar a conocer información sobre las complicaciones y riesgos de la Automedicación.

Se recomienda realizar estudios de investigación acerca de las plantas medicinales más utilizadas por los pobladores de Huamanga como son: la coca, molle, remilla y llantén.

Realizar un estudio sobre los medicamentos utilizados tanto los farmacológicos como los de medicina tradicional, para poder evitar los efectos secundarios.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. **ELSY MINÍ et al.** Automedicación en gestantes que acuden al instituto nacional materno perinatal. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2012; 29(2): 212-17.
2. **VERA ROMERO et al.** La Automedicación: una problemática nacional y regional que se debe prevenir. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2011; 4(2).
3. **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.
4. **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.
5. **PARIS A.S.** Estudio Sobre La Automedicación En La Comunidad Valenciana, Valencia. Mayo, 2009.
6. **GÓMEZ M.** Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca. Rev. Mexicana de ciencias Farmacéuticas. 2009; 40(1).
7. **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 de Bachiller Odontología, UNMSM. Lima, Perú. 2007
8. **MARAVI D.** Uso de servicios odontológicos ante problemas buco dentales según factores sociodemográficos en el AA.HH. Keiko Sofía, del distrito de Puente Piedra. Tesis Bachiller de Estomatología UPCH. Lima, Perú. 2006

9. **DRHOVA L.** Attitudes and behaviour of the population of the Czech Republic to self-medication. III: behaviour in the area of drugs and selfmedication. República Checa. 2005.
10. **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. 2005; 1: 26-29.
11. **GALINDO R.** 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 Bachiller Obstetricia UNSCH. Ayacucho, Perú. 2010.
12. **NUÑEZ 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.
13. **LLANOS L.** Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. Revista de Medicina UPCH. Lima, Perú. 2001; 12(4).
14. **LALAMA M.** Perfil de consumo de medicamentos en la ciudad de Quito, Ecuador. 2000; 64: 7-9.
15. **STELTER C.** Automedicação em odontologia. Journal Brazilenze Odontología Clínica. JBC j. bras. odontol. Clín. 1997; 1(5): 8-13.
16. **BAENA A.P. Y et al.** Automedicación en pacientes de los servicios de urgencias de Odontología de CES: Investigación para optar el título de Odontólogo. CES Odontología. 1996; 9: 2.
17. **VALDEZ E. et al.** La importancia de la medicina popular en el sistema de salud de la provincia de Vallegrande. Bolivia. Carta Médica AIS 1995; 9(1).

18. **MISRACHI L. et al.** Comportamiento de búsqueda de salud oral: factores determinantes en poblaciones urbano marginales. *Odontología. Chile.* 1995; abr; 43(1): 7-13.
19. **KNAUTH C.** El uso de medicamentos en los distritos pobres del Perú. *Boletín de Medicamentos Esenciales, Investigaciones* 1993: p 13.
20. **BAÑOS et al.** La automedicación con analgésicos. Estudios en el dolor odontológico. *Med Clin. Barcelona.* 1991; 96: 248-251.
21. **PALACIOS E. et al.** Dolor en estomatología. Lima, Perú. 1998:1
22. **PÉREZ RUIZ A.** Hipótesis Actuales Relacionadas con la Sensibilidad Dentinal. *Rev. Cubana Estomatol.* 1999; 36(2): 5-171.
23. **GANONG WF.** Fisiología médica, Manual moderno 1998; 16: p 160-167.
24. **LOESER J.** *Bonica Terapéutica del dolor.* Editorial Interamericana, 2003: 1.
25. **CLANCY J, et al.** Neurophysiology of Pain. *Br J Theatre Nurs* 1998; 7: 19, 22-7.
26. **HOFFERT MJ.** The Neurophysiology of Pain. *Neurol Clin* 1989; 7: 1983-203.
27. **ZATZICK DF, DIMSDALE JE.** Cultural variations in response to painful stimuli. *PsychosomMed.* 1990 Sep-Oct; 52(5): 57-544.
28. **ALIAGA L. et al.** Tratamiento del dolor: Teoría y práctica. Barcelona. *Fisiología del dolor.* 1995; 9-25.
29. **FERIA M.** Neuroquímica funcional del dolor. En Aliaga L, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A. *Tratamiento del dolor teoría y práctica.* Ed. MCR, 1995: 27-34.
30. **EL ERGONOMISTA,** Definición de conducta. 2009 Febrero
<http://www.elergonomista.com/biología/conducta.htm>.

31. **LAVIELLE PILAR, et al.** Conducta del enfermo ante el dolor crónico. Rev. Salud Pública de México. 2008 Marzo-Abril;50(2).
32. **DÍAZ RM, et al.** Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Revista ADM.2001 Marzo-Abril; 58(2): 68-73.
33. **LARA N et al.** Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuca, Distrito Federal. Revista ADM Vol. No. 2 Marzo- Abril 2000, p 45-49.
34. **ZERÓN J. et al.** Código de Etica. Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas. 2006. Disponible en la World Wide Web: <http://www.ccdqroo.org/codigoetica.htm>.
35. **GORDON SM. et al.** Prevalence of self-medication with antibiotics among patients attending a clinic for treatment of sexually transmitted diseases. ClinInfectDis. 1993; 17: 5-462.
36. **AUSEJO SEGURA M, SÁENZ CALVO A.** ¿Cómo mejorar la automedicación en nuestros pacientes?. Atención Primaria. 2008; 40: 3-221.
37. **TELLO S, YOVERA A.** Factores asociados a la Prevalencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en 121 mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú. Rev. Med. 2005; 1: p 26-29.
38. **LÓPEZ R, KROEGER A.** Intervenciones educativas populares contra el uso inadecuado de medicamentos. 1994; 116(2): p 45-135.

39. **MARTINS AP, et al.** Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *PharmacoepidmiolDrugSaf.* 2002;11: 14-409.
40. **STOELBEN S, et al.** Adolescents' drug use and drug knowledge. *Eur J Pediatr.* 2000; 159: 14-608.
41. **BEITZ R, DOREN M, KNOPF H, MELCHERT HU.** Self medication with over-the-counter (OTC) preparations in Germany. *BundesgesundheitsblattGenundheitsforschungGesundheitsschutz.* 2004; 4: 50-143.
42. **ALVARADO S.** Automedicación Panamá. Ed. Panameña a la comunidad. 1997.
43. **ARGUELLES S.** La Automedicación. *Revista Gauta.* 1996; 25: 96.
44. **ANGELES P.** Automedicación en Población Urbana de Cuernavaca *Revista Morelos, México.* 1992;34: 61-554.
45. **BOBADILLA J.** Estudio del consumo de medicamentos previo a la consulta en un servicio de emergencia pediátrica. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1992.
46. **BANZAS T.** Los problemas de la automedicación en pediatría. *Bol AcadNac Med B Aires* 1992; 1: 77-87.
47. **CAMPOS J.M.** Prescripción de medicamentos por farmacéuticos de 72 farmacias de Bello Horizonte. *JPediatric* 1985; 59: 307-312.
48. **PÉREZ AE, QUINTANA JL, FIDALGO ML.** Uso y abuso de analgésicos. *Inf Ter SistNac Salud* 1996; 20: 29-40.

49. **CAVIEDES J.; ESTÉVEZ M.; ROJAS P.** Analgésicos usados en el manejo del dolor dental: acetaminofen, inhibidores de la cox-2: ketorolaco y nimensulida. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia. 2006.
50. **ALÓS CARNICERO H.** Consumo de antibióticos y resistencia bacteriana a los antibióticos: algo que te concierne. 1997; 109: 70-264.
51. **FERRADO L.** Los dentistas usan demasiados antibióticos. Universidad Javeriana Colombia.
www.elpais.com/articulo/salud/dentistas/usan/demasiados/antibioticos/elpepusocsal/20070717elpepisa1/Tes. 2007.
52. **PEÑUELA M.** Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. Barranquilla. Colombia. 2002: 30-38.
53. **BRACK EGG A.** Diccionario Enciclopédico de Plantas Útiles en el Perú. Cuzco. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 1999.
54. **MEJÍA K Y RENGIFO E.** Plantas Medicinales de uso popular en la Amazonía Peruana. Lima: AECI; 2000.
55. **COLLAZOS J.** Medios de control de dolor dentario en las zonas urbana y rural de la provincia de Jauja. Tesis Bachiller Odontología UNFV. Lima, Perú. 2001.
56. **PROVINCIA DE HUAMANGA, AYACUCHO** Disponible en:
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/.../index.htm>.
57. **GLADYS JADUE J.,** Factores Ambientales que afectan el Rendimiento Escolar de los Niños provenientes de Familias de Bajo Nivel Socioeconómico Cultural. Estudios Pedagógicos. Valdivia 1997; 23: 75-80.

58. Diagnóstico Socio Económico Cultural de Cotapata –Santa Barbara. Informe Especial N° 4 GMA. Evaluaciones, La Paz. Bolivia. Mayo 2002.
59. **BOURDIEU, P.** Espacio Social y génesis de las_ clases: Sociología y Cultura, Grijalbo, Mexico, 1990.
60. **ELSTER, J.**, Tres desafíos al concepto de clase social: El Marxismo, una propuesta analítica FCE. México. 1989.
61. **CAMOU, A.**, Notas en torno al concepto de clase social. Revista Sociedad, México. 1995: 5.
62. **LAMB CHARLES ET AL.** Marketing. Editorial Thomson S.A. 2002: 6: 152.
63. **VAN GINNEKEN W.** Extending social security: Policies for developing countries. ESS Paper N.º 13. Geneva: International Labour Office; 2003.
64. **PREKER A, et al.** Health care financing for rural and lowincome populations: the role of communities in resource mobilization and risk sharing. Geneva: Commission on Macroeconomics and Health; 2001.
65. **KONKOLEWSKY H.** Una seguridad social dinámica para África: extender la protección social para favorecer el desarrollo. Ginebra: Asociación Internacional de la Seguridad Social; 2008.
66. **COEHUR A, JACQUIER C, SCHMITT-DIABATÉ V, SCHREMMER J.** Articulaciones entre los regímenes obligatorios de seguridad social y los mecanismos de protección social basados en la comunidad: un nuevo enfoque promisorio. Ginebra: Asociación Internacional de la Seguridad Social; 2008.
67. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2008.

68. **OROZCO AFRICANO JM.** Por qué reformar la reforma. Málaga: Eumed.net; 2006.
69. **CARBAJAL J, FRANCKE P.** La seguridad social en salud: situación y posibilidades. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2000.
70. **PETRERA M, CORDERO L.** El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor. En: Agüero J, Cordero L, Escobal J, Flores R, Francke P, Gálvez J, et al. Pobreza y economía social: análisis de una encuesta (ENNIV 1997). Lima: Instituto Cuánto; 1999.
71. **CASTAÑO R, ZAMBRANO C.** Aseguramiento para la población pobre: una herramienta de protección financiera. Bogotá: Facultad de Economía, Universidad del Rosario; 2007.
72. **MADUEÑO M, SANABRIA CA.** Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y en el análisis de brechas 2003-2020. Bethesda: Partners for Health Reform plus; 2002.
73. **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(2):75.
74. **CENSOS NACIONALES 2007. INEI** Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro18/index.htm>
75. INEI-Informe Técnico: Medición de la pobreza 2005 y 2006. Elaboración: Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo (DRTPE)-OSEL Ayacucho.

76. **ESTUDIO ETNOBOTÁNICO O DE PLANTAS MEDICINALES** Disponible en: <http://centropobladochaca.blogspot.com/p/treinta-plantas-medicinales-del-centro.html>.

77. **PLANTAS MEDICINALES EN AYACUCHO** Disponible en: <http://vladimirxy.tripod.com/id4.html>.

X. ANEXOS

Anexo 01

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL MANEJO DEL DOLOR DENTAL DE LOS POBLADORES ENTREVISTADOS.

MANEJO DEL DOLOR	Frecuencia	Porcentaje
Automedicación Farmacológica	92	24.0%
Automedicación Tradicional	106	27.6%
Ambos	79	20.6%
Medicación Profesional	65	16.9%
Ninguna	42	10.9%
Total	384	100.0%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

La conducta de mayor frecuencia ante el manejo del dolor dental es la automedicación tradicional (27.6%).

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL TIPO DE MEDICAMENTO UTILIZADO EN LA AUTOMEDICACION FARMACOLÓGICA POR LOS POBLADORES ENTREVISTADOS.

AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA	Frecuencia	Porcentaje
Antiinflamatorio	24	6.3%
Antibiótico	10	2.6%
Analgésico	108	28.1%
No recuerda	33	8.6%
Total	175	45.6%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

El medicamento frecuentemente utilizado en automedicación farmacológica son analgésicos (28.1%).

TABLA 3. NOMBRE DEL MEDICAMENTO DE MAYOR USO EN LA AUTOMEDICACIÓN FARMACOLÓGICA.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
Antalgina	18	4.7%
Dolocordalan	41	10.7%
Mejoral	4	1.0%
Ibuprofeno	6	1.6%
Doloral	1	.3%
Paracetamol	15	3.9%
Ketorolaco	2	.5%
Doloflan	3	.8%
Total	90	23.4%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

El medicamento frecuentemente utilizado en la automedicación farmacológica es el Dolocordralan (10.7%) y los de menor uso se encuentra el: Ketorolaco (0,5%), Doloral (0,3%) y Doloflan (0,3%).

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL TIPO DE MEDICAMENTO UTILIZADO EN LA AUTOMEDICACION TRADICIONAL POR LOS POBLADORES ENTREVISTADOS.

TIPO DE MEDICAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
Vegetal	80	20.8%
Animal	2	.5%
Mineral	8	2.1%
Emplastos o preparados	89	23.2%
No recuerda	3	.8%
Total	182	47.4%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

El medicamento frecuentemente utilizado en automedicación tradicional son emplastos o preparados (23.2%) seguido de vegetal (20.8%).

TABLA 5. PLANTAS MEDICINALES MÁS UTILIZADAS EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL.

PLANTA MEDICINAL	Frecuencia	Porcentaje
Nogal	1	.3%
Muña	3	.8%
Matico	4	1.0%
Coca	24	6.3%
Amor seco	4	1.0%
YawarSocco	3	.8%
Remilla	7	1.8%
Molle	16	4.2%
Sábila	5	1.3%
Ruda	2	.5%
LLantén	7	1.8%
Tara	2	.5%
Total	78	20.3%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

El medicamento tradicional de tipo vegetal más utilizado para el manejo del dolor dental fue la coca (6.3%) y molle (4.2%).

TABLA 6. NOMBRE DEL MEDICAMENTO DE TIPO ANIMAL MÁS UTILIZADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL.

MEDICAMENTO TIPO ANIMAL	Frecuencia	Porcentaje
Cebo de llama	1	.3%
Orine humano	1	.3%
Total	2	.5%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

El medicamento tradicional de tipo animal más utilizado para el manejo del dolor dental fue cebo de llama y orine humano (0.3%).

TABLA 7. NOMBRE DEL MEDICAMENTO DE TIPO MINERAL MÁS UTILIZADOS EN LA AUTOMEDICACIÓN TRADICIONAL.

MEDICAMENTO TIPO MINERAL	Frecuencia	Porcentaje
Sal de cocina	2	.5%
Sal de piedra	1	.3%
Fósforo	4	1.0%
Total	7	1.8%

Fuente: Encuesta aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

El medicamento tradicional de tipo mineral más utilizado para el manejo del dolor dental fue fósforo (1.0%).

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA CARACTERÍSTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL.

PERSONA QUE ACONSEJA	Frecuencia	Porcentaje
Padres	102	26.6%
Familiares	58	15.15%
Amigos	17	4.4%
Farmacéutico	37	9.6%
Por decisión propia	91	23.7%
Total	305	79.4%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

La persona que más frecuentemente aconseja el medicamento para el manejo del dolor dental son los padres (26.6%).

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA CARACTERÍSTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL.

EFFECTIVIDAD DEL MEDICAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
Calmó al instante (10 min)	60	15.6%
En corto tiempo (30 min)	187	48.7%
Largo tiempo (1h)	55	14.3%
No calmó	5	1.3%
Total	307	79.9%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

Se encontró el mayor porcentaje de efectividad del medicamento en corto tiempo 30 min (48.7%).

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA CARACTERÍSTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR DENTAL.

PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO	Frecuencia	Porcentaje
Farmacia	102	26.6%
Bodega	34	8.9%
Botiquín familiar	3	.8%
Familiares o amigos	39	10.2%
Otros	129	33.6%
Total	307	79.9%

Fuente: Entrevista aplicada a los pobladores de la Provincia de Huamanga.

Se encontró mayor porcentaje de procedencia del medicamento en otros (33.6%) seguida en farmacia (26.6%).

Anexo 02 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS



**Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

A través del presente documento, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **“Manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores en la zona urbana de la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012”**.

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

Fecha:

Firma

DNI:

“Manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores en la zona urbana de la Provincia de Huamanga-Ayacucho 2012”

I. FILIACIÓN

Edad:

Sexo: Masculino () Femenino ()

II. DATOS DEL MANEJO DEL DOLOR DENTAL

1. ¿Ha padecido de “dolor de muela”?
 - a) Si b) No

2. ¿Cómo maneja o manejó el dolor dental?
 - a) Automedicación Farmacológica.
 - b) Automedicación Tradicional
 - c) Medicación Profesional
 - d) Automedicación Farmacológica y Automedicación Tradicional.
 - e) Ninguna

3. En caso de automedicación con fármacos, qué fármaco(s) utiliza para el manejo del dolor?
 - a) Antiinflamatorios:.....
 - b) Antibióticos:.....
 - c) Analgésicos:
 - d) No recuerda

4. En caso de automedicación tradicional, qué medicamentos utiliza para el manejo del dolor?
 - a) Vegetal:
 - b) Animal:
 - c) Mineral:

- d) Emplastos o preparados:
 - e) No recuerda
5. ¿Quién es la persona que le aconsejó la adquisición del medicamento que tomó?
- a) Padres
 - b) Familiares
 - c) Amigos
 - d) Farmacéutico
 - e) Por decisión propia
6. ¿Fue efectivo el tipo de medicación que tomó?
- a) Calmó al instante (10 min)
 - b) En corto Tiempo (30 min)
 - c) Largo Tiempo (1h)
 - d) No calmó
7. ¿Dónde consiguió la medicina que tomó?
- a) Farmacia
 - b) Bodega
 - c) botiquín familiar
 - d) Familiares o amigos
 - e) Otros

III. DATOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICA-CULTURAL

3.1 NIVEL SOCIAL

1. ¿Dónde realiza Ud. Su principal actividad laboral? (SOLO UNA ALTERNATIVA)
 - a) En una institución Pública o Privada ()
 - b) En el campo ()
 - c) Ama de casa ()
 - d) Negociante ()
 - e) No trabaja ()
2. ¿A qué organizaciones Ud. pertenece? (VARIAS ALTERNATIVA)
 - a) Asociaciones ()
 - b) Clubes ()
 - c) Sindicatos ()
 - d) Grupo ()
 - e) Ninguno ()
3. ¿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 a más ()
2. Principal materia 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 ALTERNATIVA)
 - a) Luz ()
 - 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) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Superior Técnico ()
 - d) Superior Universitario ()
 - e) Ninguno ()

3. ¿A través de que medio Ud. Se mantiene informado? (VARIAS ALTERNATIVA)

- 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 ()

ASIGNACIÓN DE PUNTAJES PARA INDICADORES NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL

NIVEL SOCIAL: Puntajes internos para cada indicador

Principal actividad laboral	Puntaje
No trabaja	0
En el campo	1
Ama de casa	1
Negociante	2

Institución pública/ privada	3
------------------------------	---

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

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

NIVEL ECONÓMICO: Puntajes internos para cada indicador

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

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

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

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

NIVEL CULTURAL: Puntajes internos de cada indicador.

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

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

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

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

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

NIVEL SOCIOECONOMICO-CULTURAL					
CATEGORIA	NIVEL SOCIAL	NIVEL ECONÓMICO	NIVEL CULTURAL	SUMA DE PUNTAJES	RANGO DE PUNTAJE
Medio alto	12-15 ptos	19-26 ptos	12-16 ptos	NS+NE+NC	42-57 Puntos

Medio	8-11 ptos	13-18 ptos	9-11ptos	NS+NE+NC	29-41 Puntos
Bajo	4-7 ptos	7-12 ptos	6-8 ptos	NS+NE+NC	16-28 Puntos
Muy bajo	0-3ptos	1-6 ptos	3-5 ptos	NS+NE+NC	04-15 Puntos

Anexo 04

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO.



Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda

**Perfil
Sociodemográfico
del Departamento
de Ayacucho**



Ayacucho, Junio 2009

Anexo 05

**PERMISOS MUNICIPALES DE LOS DISTRITOS DE LA PROVINCIA DE
HUAMANGA.**



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE
SAN JUAN BAUTISTA
PROVINCIA HUAMANGA - DEPARTAMENTO AYACUCHO



Creado por Ley N°13415

San Juan Bautista, agosto del 2012.

Señor(a):

Sr. Lia Félica LUZA YARANGA.
Bachiller de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Referente: Solicitud de Permiso, para aplicar encuesta para proyecto de tesis. (06-08-12)

Mediante el presente me dirijo a Ud., para saludarle y manifestarle que, en atención al documento en referencia, en donde solicita permiso para realizar un trabajo de investigación para su proyecto de tesis titulado: MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN RELACION AL NIVEL SOCIOECONOMICO-CULTURAL DE POBLADORES EN LA ZONA URBANA DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA. Al respecto le manifestamos que tiene la **AUTORIZACION RESPECTIVA**, para visitar las viviendas de nuestros pobladores del distrito de San Juan Bautista. Pido que al final de su trabajo de investigación nos deje un ejemplar de dicho trabajo para implementar posteriormente proyectos de intervención en base a los resultados.

Finalmente expresamos nuestra gratitud por elegir nuestro distrito y dentro de nuestras posibilidades estaremos brindandandole todas las facilidades.

Atentamente;

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE
SAN JUAN BAUTISTA -
Prof. Clotilde I. Calduero Ucheguanza
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE QUINUA HUAMANGA - AYACUCHO

Cuna de la Emancipación Hispanoamericana
"Bicentenario de La Libertad Americana de La Batalla de Ayacucho"



"AÑO DE LA INTEGRACIÓN NACIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

Quinua, 10 de agosto del 2012.

CARTA N° 186 -2012/MDQ-A

LÍA FÉLIDA LUZA YARANGA
BACHILLER DE ODONTOLOGÍA

CIUDAD.-

ASUNTO: SE LE AUTORIZA Y FACILITA
EL PLANO DE UBICACIÓN

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente a nombre de este histórico y Cuna de La Libertad Americana Distrito de Quinua y descendientes de la Gran cultura Warí; con la finalidad de autorizar y facilitar los planos de ubicación para que pueda realizar el proyecto de tesis titulado "MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN RELACIÓN AL NIVEL SOCIO ECONÓMICO – CULTURAL DE POBLADORES EN LA ZONA URBANA" de nuestro distrito.

Agradeciéndole por la atención al presente, aprovecho de la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


Pedro Bellido Rojas
ALCAEDE

C.C.
Archivo
PBR/ppo

Dirección: Plaza Principal de Quinua N° 06
Telefax: (066) 329002 – Cel.: 973823399, 956888585 - RPM *991088/Coordinación en Lima RPM # 809322 – Cel. 966151521
Página Web: www.municipalidaddistritaldequinua.com Email: pbrquinua@hotmail.com



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE PACAICASA
PROVINCIA DE HUAMANGA DEPARTAMENTO DE AYACUCHO



"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra Diversidad"

Pacaicasa, 10 de Agosto del 2012

CARTA N° 006-2012-MDP/A

LIA FELIDA LUZA YARANGA

BACHILLER DE ODONTOLOGIA

CIUDAD:

ASUNTO : AUTORIZACION Y FACILITA EL PLANO DE UBICACIÓN

.....

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente a nombre de la Municipalidad Distrital de Pacaicasa, el presente es para autorizar y facilitar el plano de ubicación del Distrito de Pacaicasa para que puede realizar el Proyecto de Tesis " MANEJO DE DOLOR DENTAL EN RELACION A NIVEL SOCIO ECONOMICO - CULTURAL DE POBLADORES EN LA ZONA URBANA DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA- AYCUCHO "

Es propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE PACAICASA
HUAMANGA - AYACUCHO

Dr. ALBERTO J. QUMSPE ANTEZANA

Registro 2179

MUNICIPALIDAD PROV. DE HUAMANGA UNIDAD DE TRÁMITE DOCUMENTARIO Y ARCHIVOS	
Reg. N°	16551
Fecha de Recop.	06 AGO 2012
N° Folios	1
Hora	11:51

**SOLICITO: Permiso Municipal
Listado de viviendas
Plano de ubicación**

**SEÑOR
MED. AMILCAR HUANCAHUARI TUEROS**
Alcalde de la Municipalidad Provincial de Huamanga

Presente

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y hacer de conocimiento sobre el Proyecto de tesis titulado: **MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN RELACIÓN AL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE POBLADORES EN LA ZONA URBANA DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA – AYACUCHO**, por lo que solicito el permiso de la Municipalidad, el listado de viviendas registradas con el correspondiente plano de ubicación, para la **EJECUCIÓN** de dicho proyecto.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

**BACHILLER DE ODONTOLOGÍA
LÍA FÉLIDA LUZA YARANGA
UNMSM**

**SOLICITO: Permiso Municipal
Listado de viviendas
Plano de ubicación**

**SEÑOR
FLORENTINO ZAPATA MAURICIO**
Alcalde de la Municipalidad Distrital de Jesús de Nazareno

Presente

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y hacer de conocimiento sobre el Proyecto de tesis titulado: **MANEJO DEL DOLOR DENTAL EN RELACIÓN AL NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL DE POBLADORES EN LA ZONA URBANA DE LA PROVINCIA DE HUAMANGA – AYACUCHO**, por lo que solicito el permiso de la Municipalidad, el listado de viviendas registradas con el correspondiente plano de ubicación, para la **EJECUCIÓN** de dicho proyecto.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



**BACHILLER DE ODONTOLÓGIA
LÍA FÉLIDA LUZA YARANGA
UNMSM**



Anexo 06

FOTOS DE LA INVESTIGACIÓN



Foto N° 01. Recolección de datos zona urbana distrito Ayacucho.



Foto N° 02. Recolección de datos zona urbana distrito Quinua.



Foto N° 03. Recolección de datos zona urbana distrito Pacaycasa.



Foto N° 04. Recolección de datos zona urbana distrito Jesús Nazareno y San Juan Bautista.
