

**Percepción de la salud bucal en familias de zonas rurales en Conejo (corregimiento de
Fonseca, la Guajira)**

Isabela Andrea Carrillo Gutiérrez, Alexander Romero Gomez

Trabajo de Grado para optar el título de odontólogo

Directora

Andrea Johanna Almario Barrera

Magíster en Odontología

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología

2026

Contenido

1. Introducción	10
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Justificación.....	17
2. Marco teórico	20
2.1 Salud bucal	20
2.1.1 Definición de salud bucal	20
2.1.2 Impacto de la mala higiene en la calidad de vida	21
2.2 Higiene bucal.....	22
2.2.1 Factores que influyen en la higiene bucal	23
2.3 Enfermedades orales más comunes	24
2.3.1 Caries dental	24
2.3.1.1 Causas	24
2.3.1.2 Prevención	24
2.3.1.3 Prevalencia.....	25
2.3.2 Enfermedad periodontal	25
2.4 Factores socioeconómicos.....	26
2.4.1 Nivel educativo y su influencia en la salud bucal	26
2.5 Percepcion de la salud en estudios cualitativos.....	27
2.5.1 Paso a paso de una investigación cualitativa	26
3. Objetivos	29
3.1 Objetivo general	29
3.2 Objetivos específicos.....	29

4. Materiales y métodos	30
4.1 Tipo de estudio	30
4.2 Población.....	30
4.3 Muestra y muestreo	30
4.4 Criterio de selección.....	31
4.4.1Criterio de inclusión	31
4.4.2 Criterios de exclusión	31
4.5 Procedimiento.....	31
4.6 Análisis de datos.....	33
4.7 Consideraciones éticas	34
5. Resultados	35
5.1 Caracterización de la población	35
5.2 Descripción protocolar	36
5.2.1 Experiencia F1	36
5.2.2 Experiencia F2	37
5.2.3 Experiencia F3	39
5.2.4 Experiencia F4.....	40
5.2.5 Experiencia F5	41
5.2.6 Experiencia F6.....	41
5.3.7 Experiencia F7	42
5.3.8 Experiencia F8.....	43
5.3.9 Experiencia F9	43
5.3.10 Experiencia F10.....	44

5.2.11 Experiencia F11	45
5.3 Percepción de la salud bucal en familias de zonas rurales en Conejo (corregimiento de Fonseca, la guajira)	46
5.3.1 Prácticas de higiene oral	46
5.3.3 Prácticas tradicionales y remedios caseros	54
5.3.4 Experiencias con el servicio odontológico.	56
5.3.5 Factores socioculturales.....	59
5.3.6 Necesidades percibidas.....	62
5.3.7 Conceptos sobre salud oral	63
6. Discusión.....	68
6.1 Conclusiones	73
6.2 Recomendaciones	74
Referencias.....	75
Apéndices.....	83

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Población</i>	35
--	----

Lista de figuras

Figura 1. <i>Categorías y subcategorías</i>	46
--	----

Lista de apéndices

Apéndice A. *Percepción general de la salud oral* 83

Apéndice B. *Documento De Consentimiento Informado* 85

Resumen

Introducción. En Colombia, la atención en salud, incluida la salud bucal, enfrenta diversos desafíos que podrían estar relacionados con factores estructurales como la gestión de recursos, el financiamiento del sistema y las condiciones de acceso a los servicios. Estas situaciones podrían incidir de manera diferencial en las comunidades urbanas y rurales, donde las condiciones sociales y económicas impactan las experiencias de cuidado en salud. En este contexto, resulta relevante explorar estas dinámicas en poblaciones rurales específicas. **Objetivo.** Describir la percepción y las experiencias en salud bucal de las familias residentes en la zona rural de Conejo, corregimiento de Fonseca, La Guajira, en 2026. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico. Los participantes fueron familias seleccionadas mediante muestreo en bola de nieve hasta alcanzar saturación teórica. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas en los hogares, las cuales fueron grabadas, transcritas y posteriormente analizadas. Se empleó triangulación de datos para fortalecer la validez del estudio. La investigación cumplió con los principios éticos y fue clasificada como de riesgo mínimo. **Resultados.** Participaron 20 personas con edades entre 19 y 74 años. Los hallazgos muestran que la salud bucal es percibida principalmente como parte del aseo cotidiano más que como una práctica preventiva clínica. El cepillado dental constituye la práctica más frecuente, aunque con variaciones en su frecuencia y técnica, mientras que el uso de hilo dental es limitado. Se identificó además el uso de remedios caseros, como sal o bicarbonato, para el cuidado bucal. El acceso a servicios odontológicos se encuentra condicionado por barreras geográficas y económicas, lo que hace que la consulta se realice principalmente ante la presencia de dolor. Asimismo, se evidenció la influencia de factores socioculturales en los hábitos de cuidado, económicos, geográficos y no menos importante la necesidad de fortalecer la educación en salud bucal. **Conclusiones.** La percepción y las prácticas de salud bucal en esta comunidad están influenciadas por su contexto social y económico, lo que puede limitar la adopción de medidas preventivas. Se hace necesario implementar estrategias educativas, mejorar el acceso a servicios odontológicos y la calidad de vida considerando las particularidades del entorno rural.

Palabras claves: percepción, salud bucal, población, higiene, cepillado dental, etnografía, cualitativo

Abstract

Introduction. In Colombia, healthcare delivery—including oral health—faces several challenges that may be associated with structural factors such as resource management, system financing, and access to services. These conditions may differentially affect urban and rural communities, where social and economic contexts shape healthcare experiences. In this context, it is relevant to explore these dynamics in specific rural populations. **Objective.** To describe the perceptions and experiences regarding oral health among families residing in the rural area of Conejo, a district of Fonseca, La Guajira, in 2026. **Materials and Methods.** A qualitative study with an ethnographic approach was conducted. Participants were families selected through snowball sampling until theoretical saturation was reached. Semi-structured interviews were carried out in participants' homes; these were audio-recorded, transcribed, and subsequently analyzed. Data triangulation was employed to enhance the study's validity. The research adhered to ethical principles and was classified as minimal risk. **Results.** A total of 20 participants aged between 19 and 74 years were included. Findings indicate that oral health is primarily perceived as part of daily hygiene rather than as a preventive clinical practice. Toothbrushing was the most common practice, although variations in frequency and technique were observed, while the use of dental floss was limited. The use of home remedies, such as salt or baking soda, for oral care was also identified. Access to dental services is constrained by geographic and economic barriers, leading individuals to seek care mainly in the presence of pain. Additionally, sociocultural, economic, and geographic factors were found to influence oral health practices, highlighting the need to strengthen oral health education. **Conclusions.** Perceptions and practices related to oral health in this community are shaped by its social and economic context, which may limit the adoption of preventive measures. There is a need to implement educational strategies, improve access to dental services, and enhance quality of life while considering the specific characteristics of the rural setting.

Keywords: perception, oral health, population, hygiene, toothbrushing, ethnography, qualitative research.

1. Introducción

En Colombia existe una crisis en el sistema de salud, esta comienza principalmente en la división de dos regímenes, el contributivo, para quienes cuentan con capacidad de pago, y el subsidiado, dirigido a la población más vulnerable. En los últimos años más de 20 EPS han sido liquidadas, debido a ineficiencia de la atención médica, aumento significativo del número de tutelas relacionadas con el derecho de salud e insatisfacción de los colombianos por la calidad del servicio. Las causas de esta situación son múltiples y complejas, incluyendo problemas estructurales como la corrupción, la mala gestión de recursos, el desfinanciamiento del sistema y las barreras en el acceso equitativo a la atención. Todo esto ha desencadenado consecuencias alarmantes, como el incremento de muertes por enfermedades que podrían prevenirse, el ensanchamiento de las brechas sociales y la pérdida de confianza de la ciudadanía en el sistema de salud, generando una situación que podría evolucionar hacia una crisis social de gran magnitud (Chamorro, 2024).

Las áreas rurales de Colombia se distinguen por su acceso limitado a bienes y servicios fundamentales, lo que evidencia marcada desigualdad social, política y económica en comparación con las zonas urbanas. Estas comunidades, que han sido históricamente excluidas, viven en condiciones de vida difíciles, afectadas por la pobreza, el desempleo y la falta de acceso a educación, atención médica, vivienda adecuada y servicios públicos indispensables. La pobreza en el área rural es un fenómeno alarmante: se estima que entre el 42 % y el 47 % de la población rural se encuentra en situaciones de pobreza monetaria, lo que sitúa a Colombia como uno de los países con más alta incidencia de este problema en América

Latina, según la CEPAL. Esta condición impacta de manera directa en la calidad de vida de millones de personas (Torres, 2024).

Un aspecto preocupante es el acceso a la educación. De acuerdo con datos del DANE, menos del 50 % de la población rural logra acceder a la educación primaria, menos del 20 % alcanza la secundaria y poco más del 20 % puede acceder a la educación superior, lo que convierte el derecho a la educación en algo reservado solo para unos pocos. Esta escasez de oportunidades en el ámbito rural colombiano no solo refuerza la exclusión social, sino que también obstaculiza el desarrollo integral del país, a pesar de que el sector rural desempeña un papel clave en la economía y en el sustento de muchas comunidades vulnerables (Torres, 2024).

Por lo tanto, es importante hablar de percepción de salud bucal en las zonas rurales de Colombia, ya que se hace referencia a cómo los individuos de esta población entienden y valoran su salud bucal y de qué manera esto influye en su calidad de vida.

Se conoce que en áreas rurales de la costa oeste de Taiwán muchas personas perciben su salud bucal como buena, a pesar de tener condiciones objetivas desfavorables, como la pérdida significativa de dientes y la falta de hábitos de higiene bucal adecuados, como el uso regular de seda dental o la limpieza dental profesional. Este fenómeno de “mala percepción” puede estar influenciado por factores como el número de dientes restantes, la frecuencia de chequeos dentales, el nivel educativo y el consumo de agua (Chen, 2018).

De acuerdo con el ministerio de salud en 2021 el departamento con mayor pobreza monetaria fue, la guajira con un 67,4% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Siendo una de las poblaciones más afectadas, está es una región con una marcada diversidad étnica, donde predomina la población indígena Wayuu, y presenta altos índices de pobreza, desnutrición, escasez de agua y dificultades en el acceso a servicios públicos básicos (Oviedo et al., 2022).

Estas barreras incluyen la falta de infraestructura sanitaria, la escasez de profesionales de la salud bucal y la limitada promoción de comportamientos saludables.

Conejo, corregimiento de Fonseca, La Guajira, es una comunidad que ha sido históricamente afectada por el conflicto armado, especialmente por la presencia de grupos guerrilleros. Esta situación ha dejado secuelas en su estructura social, en el acceso a derechos básicos y en su desarrollo general. Como consecuencia, el territorio ha sido marginado, lo que ha limitado significativamente el acceso a servicios de salud adecuados, incluida la atención en salud bucal. Se trata de una comunidad con bajo nivel educativo, cuya economía se basa principalmente en la agricultura y ganadería, y que se caracteriza por la diversidad de sus expresiones culturales (Conejo - Territorio de Mil Colores, 2020).

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de salud bucal en el corregimiento de conejo ubicado en Fonseca la guajira, con el fin de identificar conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el cuidado bucal, así como factores socioculturales que aumentan la prevalencia de enfermedades bucales.

1.1 Planteamiento del problema

La salud bucal es un pilar fundamental del bienestar general ya que abarca el estado de los dientes, las encías y todo el sistema orofacial que permite realizar funciones esenciales como masticar, hablar y sonreír. Mantener una buena salud bucodental no solo mejora la calidad de vida, sino que también puede tener un impacto significativo en la salud general, se ha demostrado su relación con enfermedades como la diabetes, las afecciones cardiovasculares y ciertas complicaciones durante el embarazo. Así, la salud bucal impacta tanto en la prevención como el

tratamiento de enfermedades orales, siendo la caries dental y la enfermedad periodontal las más prevalentes a nivel mundial (Petersen et al., 2005).

La promoción de la salud bucal requiere una combinación de hábitos de higiene que incluyen el cepillado con pasta dental fluorada, el uso de hilo dental, una dieta equilibrada y baja en azúcares, así como las visitas periódicas al odontólogo. Además, factores sociales como la educación, el acceso a servicios de salud y las condiciones económicas cumplen un papel fundamental en la salud bucal de las comunidades. Es por ello, los enfoques preventivos deben ser integrales y adaptados a las necesidades y realidades socioculturales de cada comunidad (Watt et al., 2019).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud enfatiza que la salud bucal no debe ser tratada de forma aislada, sino que debe integrarse en estrategias más amplias de salud pública, considerando los determinantes sociales y fomentando la equidad en el acceso a los servicios odontológicos. Esto es relevante en contextos vulnerables, donde las desigualdades en salud bucal no solo reflejan, sino que también intensifica otras formas de exclusión social y económica (Management-Screening, 2022).

La prevalencia de enfermedades orales a nivel mundial es causada por una higiene bucal deficiente. Se estima que 3.69 mil millones de personas se ven afectadas por condiciones bucodentales como caries dental no tratadas, periodontitis severa, edentulismo y otros trastornos orales. Los casos de caries dentales no tratadas en dientes permanentes y personas con periodontitis severa, estandarizadas de manera universal por edad son de 27,500 y 12,500 por cada 100,000 personas (GBD 2021 Oral Disorders Collaborators, 2025).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental se desarrolla cuando la placa bacteriana que se acumula en los dientes transforma los azúcares libres en ácidos. Por ello,

consumir grandes cantidades de azúcar de forma regular, tener una exposición limitada al flúor y no eliminar adecuadamente la placa mediante el cepillado, puede causar caries dental, dolor e incluso la pérdida de piezas dentales e infecciones.

La gingivitis y periodontitis son afecciones que comprometen los tejidos que rodean y sostienen los dientes. Se manifiestan con inflamación, sangrado de encías y en algunos casos, mal aliento. Se calcula que más de mil millones de personas en el mundo padecen formas graves de enfermedades periodontales, las cuales están estrechamente relacionadas con una higiene bucal deficiente y el consumo de tabaco (World Health Organization: WHO, 2025).

Según el estudio de Osuh la incidencia de caries dental y edentulismo varía ampliamente en diferentes países y grupos socioeconómicos, con prevalencias estimadas de 45% para caries y 22% para edentulismo. Esta revisión sistemática sobre salud bucal en entornos urbanos de países de ingresos bajos dónde llegó a la conclusión de que las caries dentales y las enfermedades periodontales son más recurrentes en áreas de bajos recursos, como los barrios marginales o zonas rurales, con prevalencias que oscilan entre el 13% y el 76% para caries dentales y entre el 23% y el 99% para enfermedades periodontales (Osuh et al., 2024).

Específicamente en Colombia, la gingivitis afecta al 77% de la población joven, lo que la convierte en la forma más común de enfermedad periodontal en el país. La periodontitis, por otro lado, afecta al 37,1% de las mujeres embarazadas, según los criterios del CDC/AAP, y al 41,2% según los criterios de la EFP. Estos datos reflejan una carga significativa de enfermedad periodontal en la población (Velosa-Porras y Rodríguez, 2024).

En cuanto a las caries dentales, afectan al 32% de los niños de 2 años y al 67,5% de los niños de 6 años en Bogotá, lo que indica una alta prevalencia de esta condición en la población infantil (Cortes et al., 2017). En el campo de la salud bucal infantil, un estudio cualitativo analizó

las percepciones de las madres de preescolares respecto a la salud bucal de sus hijos. A través de entrevistas semiestructuradas, se descubrió que la percepción de la salud bucal está altamente influida por factores culturales, sociales y educativos. Las madres identificaron signos de enfermedades bucodental, tales como el dolor, manchas, hoyos y la presencia de restauraciones, interpretándolos como aspectos claves de caries dental avanzadas. Esta percepción está mayormente asociada a etapas visibles y sintomáticas de la enfermedad, lo que sugiere un conocimiento limitado acerca de la prevención (Santos, et al., 2021).

De manera significativa, el estudio reveló una relación entre la percepción materna y el índice ceo-d de los niños: las madres que consideraron la salud bucal de sus hijos como buena reportaron un índice ceo-d menor (1,83), en comparación con aquellas que la percibían como regular (5,57) o mala (5,56), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Además, se demostró que factores como el nivel educativo y ocupacional de los padres se relacionan directamente con la prevalencia de caries dental en los niños, lo que indica que la percepción de la salud se construye también de las condiciones socioeconómicas (Santos, et al., 2021).

Desde una perspectiva cultural, la boca ha sido valorada por las madres no solo por su función biológica, como comer, hablar y saborear, sino también por su papel social y estética. En las entrevistas, las participantes destacaron la importancia de una sonrisa estética, considerándola como un sinónimo de salud, belleza y aceptación social, influenciada por los medios de comunicación. Por otro lado, La pérdida dental fue vista como un indicador de deterioro lo que puede llevar al rechazo. Estas valoraciones evidencian que las percepciones sobre la boca están ancladas en contextos simbólicos que van más allá de lo clínico (Santos, et al., 2021).

Con respecto a la Guajira, la Encuesta Nacional | Salud Bucal(ENSAB IV, 2014), reporta un promedio de caries dental de 7,20%. Asimismo, la experiencia y prevalencia de caries dental

en este departamento son más altas que en otras zonas del país, alcanzando un 72,32% y 56,98% en comparación con otras zonas rurales, y del 57,51% en relación con la cabecera municipal. En particular entre la población escolar Wayuu se ha identificado una alta incidencia de enfermedades bucales como la caries dental, fluorosis, periodontitis y las úlceras orales, las cuales son abordadas tanto desde la medicina tradicional como desde la occidental. Además, esta comunidad mantiene prácticas culturales específicas como la prolongación de la lactancia materna, la ingesta temprana de alimentos como la carne, y su propia clasificación de enfermedades benignas y malignas, lo cual puede influir significativamente en el diagnóstico temprano de enfermedades bucales (Informe_congreso_DANE_2021-2022,).

Con relación al ámbito de la salud bucal del departamento de La Guajira, se han llevado a cabo diversas investigaciones que buscan caracterizar las condiciones bucales de poblaciones vulnerables, especialmente en las comunidades indígenas Wayuu, situadas en municipios como Uribia, Manaure, Riohacha y Dibulla (Ruiz, 2023). Estos estudios, en su mayoría de enfoque cuantitativo, han revelado altas prevalencias de caries dental, dificultades en el acceso a servicios odontológicos y el uso de prácticas tradicionales para el manejo de problemas bucales (Wiener, 2024). Sin embargo, al revisar la literatura científica y técnica disponible, se identifica una ausencia de investigaciones dirigidas específicamente al corregimiento de Conejo, perteneciente al municipio de Fonseca, La Guajira. Esta carencia de información representa una brecha significativa en el conocimiento sobre la salud bucal en las zonas rurales del Caribe colombiano, y resalta la necesidad de realizar estudios contextualizados que den voz a las comunidades locales.

Este vacío es importante teniendo en cuenta que Conejo es una comunidad rural con características sociales, económicas y culturales particulares. Este corregimiento, Está ubicado cerca de la serranía del Perijá, donde se celebra el Festival del Café. Cuenta con aproximadamente

tres mil habitantes, quienes han sido víctimas de desplazamientos forzados, reclutamiento armado y muertes a causa del conflicto. Aunque estas situaciones han disminuido con el tiempo gracias a los acuerdos de paz (Conejo - Territorio de Mil Colores, 2022). Esto han dejado como consecuencia un abandono gubernamental y departamental, lo cual hace que su economía sea escasa, la educación sea básica y la falta de atención medica sea inadecuada, reportando casos de negligencia y abandono. Teniendo los pobladores que acudir a otros centros de salud alejados de este corregimiento (Betsabé, 2024). las cuales podrían influir de manera diferenciada en la percepción y el manejo de la salud bucal. En este contexto, es importante destacar que aún no se han llevado a cabo investigaciones cualitativas que exploren la percepción de la salud bucal desde la experiencia de sus habitantes.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de la salud bucal de las personas que viven en conejo corregimiento de Fonseca la Guajira?

1.2 Justificación

El estudio de Salud bucodental para comunidades vulnerables y desplazadas de Popayán del año 2019 revela que la salud bucal de los niños en áreas rurales es notablemente inferior en comparación con los niños de áreas urbanas. Se identificó una mayor prevalencia de caries dental, gingivitis, anomalías dentomaxilares y alteraciones en la mucosa oral entre los niños de zonas rurales, lo que sugiere una relación con factores de pobreza y vulnerabilidad. Así como dificultades de acceso a atención odontológica. Para abordar esta situación, se propone la implementación de estrategias como la tele-odontología para mejorar el diagnóstico y tratamiento de manera oportuna (Fuente, 2019).

El análisis se centró en niños de 6 a 12 años, y se encontraron patrones similares a estudios realizados en Brasil, fortaleciendo así la relación entre la salud bucal y el desarrollo socioeconómico. A pesar de los esfuerzos realizados a través del Programa de Alimentación Escolar con Leche Fluorada en zonas rurales, los índices de caries dental siguen siendo elevados, posiblemente debido a la falta de constancia en el consumo del producto y ausencia de medidas complementarias. Por el contrario, el sector urbano mostró mejores indicadores, atribuidos a mayor cobertura en salud, mejores condiciones socioeconómicas y un acceso prolongado a agua potable fluorada (Revelo, et al., 2019).

Una percepción positiva o adecuada de la salud bucal favorece hábitos preventivos como el cepillado, uso de hilo dental y visitas regulares a servicio odontológico. Una percepción negativa puede llevar al descuido (Sinijärvi, 2024). En poblaciones vulnerables es común una percepción errónea de su salud bucal, lo que lleva a subestimar problemas reales y a usar menos los servicios odontológicos preventivos (Chen, 2018). Por la tanto se puede decir que la percepción de la salud bucal es un factor determinante en la adopción de conductas de cuidado oral. Mejorar la conciencia y el conocimiento sobre salud bucal puede tener un gran impacto en la prevención y tratamiento de enfermedades dentales (Wiener, 2024).

Conejo es un pequeño corregimiento del municipio de Fonseca, la guajira que en algún momento estuvo en medio de conflictos de diversa índole, desde guerras entre familias pasando por el accionar militar de organizaciones al margen de la ley hasta el olvido estatal. Este corregimiento tiene más de 2.000 habitantes, su economía se basa en la agricultura como siembra de café, hortalizas entre otras. Por su ubicación fronteriza se convirtió en un punto estratégico para el desarrollo del conflicto armado en el caribe colombiano. Actualmente se pudo eliminar el estigma de “zona roja” ya que pudo salir del aislamiento de la guerra (Trejos, 2019).

No obstante, la realidad es que debido a estos conflictos y al olvido estatal, solo cuenta con un puesto de salud el cual presta atención odontológica una vez a la semana. Siendo propensos a padecer algunas patologías orales, tales como caries dental, gingivitis o periodontitis por un limitado acceso al servicio odontológico, falta de educación en higiene y bajo nivel socioeconómico. Lo que genera un interés sobre la percepción en higiene bucal de personas que habitan en esta población y la manera en la que influye los hábitos de higiene en la calidad de vida de estas personas.

La población fue seleccionada debido a su alta vulnerabilidad, no solo por los indicadores epidemiológicos desfavorables, sino también por las marcadas desigualdades sociales, económicas y en el escaso acceso a servicios de salud, factores que refuerzan la necesidad de un abordaje intercultural que permita comprender y mejorar su salud bucodental desde una perspectiva sensible y contextualizada.

Esta investigación, representa un aporte significativo al abordar la pregunta problema sobre cómo perciben la salud bucal los habitantes de Conejo. Al desarrollar objetivos enfocados en caracterizar sus prácticas, creencias y experiencias, se generan beneficios de gran valor social, profesional, institucional y personal.

Para los odontólogos, representara una herramienta esencial con el fin de entender las realidades sociales y culturales que afectan el cuidado bucal en las zonas rurales. Con base a esta información, se pueden identificar zonas vulnerables como Conejo, donde aún hay grandes necesidades y oportunidades de intervención. De esta manera, los profesionales pueden desarrollar estrategias de prevención, educación y atención ajustadas al contexto, fortaleciendo su labor comunitaria.

Desde el punto de vista institucional, la Universidad Santo Tomás se beneficia al visibilizar su compromiso social y académico. Esta investigación puede impulsar programas de voluntariado, diseñar estrategias de promoción de la salud bucal y explorar soluciones innovadoras como la teleodontología para llegar a comunidades de difícil acceso. Además, puede servir como base para proponer políticas públicas inclusivas en salud bucal.

En el ámbito personal, esta investigación representa una valiosa experiencia de aprendizaje integral, al permitir desarrollar habilidades investigativas, comprender mejor las desigualdades en salud y fortalecer la vocación de servicio. Es una experiencia que va más allá de lo académico y refuerza el compromiso con una odontología más humana, empática y transformadora.

2. Marco teórico

2.1 Salud bucal

La salud bucal desempeña múltiples funciones esenciales, permite la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar, además de facilitar la comunicación de emociones a través de expresiones faciales, sin dolor, molestias ni enfermedades en el complejo craneofacial (Glick et al., 2016).

2.1.1 Definición de salud bucal

El 6 de septiembre de 2016, la Federación Dental Internacional (FDI) aprobó una nueva definición de salud bucal, esta nueva definición busca ir más allá de la visión tradicional de la salud bucal como ausencia de enfermedad, ahora se incorpora una perspectiva más amplia que abarca dimensiones fisiológicas, psicosociales y de bienestar general. También se resalta la salud

bucodental como un derecho humano fundamental y su integración dentro de la salud global. Adicionalmente, esta definición promueve un enfoque en la odontología que se centra en la prevención y el apoyo, en lugar de limitarse únicamente al tratamiento de enfermedades. La formulación fue el resultado de la colaboración entre pacientes, odontólogos, académicos, investigadores y responsables de políticas de salud, garantizando así su aplicabilidad en la práctica clínica como en la toma de decisiones a nivel global (Glick et al., 2016).

2.1.2 Impacto de la mala higiene en la calidad de vida

La salud bucal cumple un papel fundamental en la calidad de vida de toda la población, interfiriendo en su salud física como su integración social y emocional. Varias investigaciones en adultos mayores, han determinado un vínculo entre la salud bucal y la percepción del bienestar en esta etapa de la vida. Se ha determinado que el bajo nivel educativo y la limitación de los ingresos afectan la calidad de vida y el acceso a la atención odontológica. En poblaciones de escasos recursos, es habitual encontrar una deficiente higiene bucal, lo que genera la pérdida de piezas dentales y múltiples enfermedades bucodentales. Además, las limitadas condiciones económicas impiden el acceso a tratamientos odontológicos, afectando así la calidad de vida en general (Fuente, 2019).

Un estudio realizado en Isla Robinson Crusoe (Chile), con 137 participantes mayores de 14 años, evidenció que el 91,97% percibe que su salud oral afecta su calidad de vida. Las dimensiones más impactadas fueron el dolor o incomodidad siendo mayor en mujeres (75,91%), las molestias psicológicas (80,29%), la afectación de autoestima o relaciones interpersonales (62,77%), la dificultad para masticar (48,18%) y la incapacidad para realizar actividades diarias (45,99%). Además, se observó que por cada año de vida el impacto negativo aumenta en 0,07

puntos. Estos hallazgos muestran que la mala higiene y las enfermedades orales repercuten significativamente no solo en la salud física, sino también en el bienestar emocional y social (Sabando y Albala, 2019).

Las principales enfermedades establecidas han sido la enfermedad periodontal, caries dental y la pérdida parcial o total de la dentadura. Estas alteraciones provocan algunas complicaciones durante la masticación y deglución, afectando la nutrición y la salud en general. El uso de prótesis removibles desadaptadas es común, lo que interviene en las dificultades funcionales. De la misma manera, se ha visto un impacto negativo en la autoestima y la interacción social, ya que un gran porcentaje de personas sienten incomodidad al comer en público debido a problemas dentales (Salud Bucodental, 2025). Por otra parte, el dolor asociado a enfermedades orales afecta la calidad de vida, limitando el cumplimiento de actividades diarias. La deficiencia en la salud bucal produce consecuencias graves, alterando la función psicosocial de los individuos. Las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, comunes en adultos mayores, están relacionadas con una peor salud bucal. La inflamación sistémica es causada por enfermedades periodontales, la evidencia ha mostrado una real relación entre enfermedad sistémica y la periodontitis, por lo tanto, se necesita una atención odontológica ideal. Se ha demostrado que la salud bucal deficiente puede aportar al desarrollo de discapacidad y minusvalía, afectando los años de vida saludable de los adultos mayores (Díaz, 2012).

2.2 Higiene bucal

La higiene bucal se refiere a las prácticas y medidas destinadas a mantener la salud bucal mediante la eliminación de la placa dental y la prevención de enfermedades periodontales y caries dental. La literatura médica destaca que el cepillado dental y la limpieza interdental son

fundamentales para prevenir enfermedades periodontales. Esta también tiene implicaciones más allá de la salud bucal, como la reducción del riesgo de enfermedades sistémicas, incluyendo el accidente cerebrovascular. Las prácticas de higiene bucal adecuadas, como el cepillado frecuente, están asociadas con un menor riesgo de eventos cerebrovasculares. Además, en poblaciones específicas, como los adultos mayores, la higiene bucal adecuada puede influir en la salud cognitiva (Sälzer et al., 2020).

2.2.1 Factores que influyen en la higiene bucal

La salud bucodental es un complemento fundamental para el bienestar general y ha sido reconocida como una prioridad en el ámbito de la salud pública. La resalta la importancia de la prevención, el acceso a la atención dental y la reducción de las desigualdades en la salud bucal. Diversos factores como el nivel educativo, la disponibilidad de productos de higiene y la autoeficacia, desempeñan un papel fundamental en los hábitos de higiene bucal y en la incidencia de enfermedades orales (Salud Bucodental, 2025). El nivel educativo se encuentra íntimamente relacionado con la salud bucal; aquellos que cuentan con una educación más avanzada tienden a adoptar mejores hábitos, por lo tanto, presentan menos enfermedades bucales. Sin embargo, en comunidades con un menor nivel educativo y recursos limitados, persisten brechas en la higiene bucal. Asimismo, el acceso a servicios odontológicos varía según la situación socioeconómica, con poblaciones vulnerables que suelen recibir atención solo en casos avanzados (Zhimin, et al., 2024).

La caries dental es una de las enfermedades bucales más comunes, con una prevalencia entre el 26 % y el 83 % en adultos. Su desarrollo depende de factores como la higiene bucal, la dieta y el nivel educativo. De igual forma, la enfermedad periodontal afecta la salud general, ya

que su progresión puede llevar a la pérdida dental. El sangrado gingival, además de ser un signo de enfermedad periodontal, se ha asociado con factores socioeconómicos y enfermedades sistémicas. Dado que la educación y la prevención son claves en la salud bucodental, se recomienda implementar estrategias de promoción desde la infancia, mejorar el acceso a la atención dental y reducir las desigualdades socioeconómicas en salud bucal. La equidad en el acceso a la atención y la educación en higiene bucal son esenciales para mejorar la calidad de vida de la población (Zhimin, et al., 2024).

2.3 Enfermedades orales más comunes

2.3.1 *Caries dental*

La caries dental es una de las enfermedades crónicas multifactorial más frecuente a nivel mundial, afecta a personas de todas las edades. Provoca la interacción entre carbohidratos, factores del huésped y bacterias productoras de ácido, como la integridad del esmalte dental y el flujo salival (Zero et al., 2009).

2.3.1.1 Causas: La caries dental aparece cuando las bacterias metabolizan carbohidratos y así producen ácidos que desmineralizan el esmalte dental. Siendo la caries dental un resultado de: consumo frecuente de azúcares, flujo salival inadecuado, exposición insuficiente al flúor (Slayton et al., 2018).

2.3.1.2 Prevención: La prevención de la caries dental requiere reducir el consumo frecuente de azúcares y promover el uso adecuado de flúor, tanto en forma tópica como sistémica.

Se recomienda iniciar el uso de una crema dental que contenga al menos 1.100 ppm de flúor, ya que esto contribuye a detener la progresión de las lesiones iniciales y favorece su inactivación. Asimismo, es fundamental fomentar hábitos adecuados de higiene bucal, como el cepillado regular después de cada comida (Zero et al., 2009). En este contexto, la educación en salud bucal y el acceso a servicios odontológicos desempeñan un papel esencial, especialmente en comunidades con difícil acceso a atención odontológica. Medidas preventivas como la aplicación de selladores dentales y barnices con flúor han demostrado ser necesarios para reducir la incidencia de caries dental en la población infantil (Holve et al., 2022).

2.3.1.3 Prevalencia: La caries dental sigue siendo altamente prevalente, con variaciones significativas según el grupo demográfico y socioeconómico. En los Estados Unidos, por ejemplo, se ha observado que los niños hispanos tienen una mayor prevalencia de caries en comparación con otros grupos étnicos. A nivel mundial, las poblaciones de bajos recursos tienden a experimentar una mayor carga de caries dental, reflejando desigualdades en el acceso a la atención odontológica y la educación en salud bucal (Yousaf et al., 2022).

2.3.2 Enfermedad periodontal

Se caracteriza por ser una condición inflamatoria crónica que afecta las estructuras de soporte de los dientes, incluyendo el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Esta enfermedad es causada por una respuesta inmune a la presencia de placa bacteriana, que se acumula en la unión de la encía con el diente (Zhang et al., 2024). regularmente esta enfermedad se presenta por malos hábitos de cepillado y el no usar seda dental. En etapas avanzadas, la enfermedad periodontal

puede causar sangrado de las encías, pérdida ósea, movilidad, dolor al masticar e, incluso, pérdida de los dientes (Nacional de Investigación Dental Craneofacial, 2023.)

Los signos clínicos incluyen sangrado al sondaje, formación de bolsas periodontales, recesión gingival, afectación de furca y pérdida ósea radiográfica (Salvi et al., 2023).

2.4 Factores socioeconómicos

Desde una perspectiva socioeconómica, el nivel de ingresos del hogar y la educación materna son determinantes clave en el desarrollo de comportamientos de salud bucal, especialmente durante la transición de la infancia a la adolescencia. Los bajos ingresos y el no tener una crianza materna se asocian con un menor uso de servicios odontológicos y una menor frecuencia de cepillado dental. Las personas de menor estatus socioeconómico tienden a tener una mayor necesidad de atención dental, lo que se asocia con niveles más bajos de educación, ingresos y origen nacional (Bernabe et al., 2020).

Estas desigualdades también se reflejan en la prevalencia de enfermedades periodontales y caries dentales, que son más comunes en grupos de menor estatus socioeconómico debido a factores como la mala nutrición y la higiene (Trohel et al., 2016).

2.4.1 nivel educativo y su influencia en la salud bucal

El nivel educativo juega un papel importante en la adopción de hábitos de salud bucal, y más durante la infancia, que es cuando se establecen hábitos saludables que se repiten a lo largo de la vida de la persona. La escuela es el escenario social que favorece la promoción de la salud en niños de infancia temprana, y estos hábitos se van reforzando a lo largo de su formación escolar. Sin embargo, es necesario resaltar que los padres de familia tienen un papel importante en la

promoción de la salud bucal; ellos, junto a los maestros, crean la base de una buena educación en el cuidado personal de los niños menores.

Lit y colaboradores, en un estudio, resaltan que, cuando el padre presenta falta de conocimiento sobre el cuidado de la cavidad bucal, se incrementa la tasa de caries dental en niños, enfatizando que los padres deben asumir la responsabilidad de cualquier cosa que afecte al niño, dado que los padres son la fuerza social que influye en la infancia del niño. Por otro lado, Martínez y colaboradores señalan que son muchos los padres que trabajan fuera del hogar, por lo que los niños, la mayor parte del tiempo, se encuentran en el colegio. Así que sería necesario esperar que tanto profesores como administrativos se involucren en la promoción y prevención de la higiene bucal en los niños, ya que esto les permitirá adquirir buenos hábitos a lo largo de su vida. Los niños aprenden muy rápido, y así se podría mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos (Martínez et al., 2013).

2.5 Percepción de salud en estudios cualitativos

La percepción se puede entender como un proceso psicológico mediante el cual las personas captan, organizan e interpretan la información que reciben del entorno. En este proceso, intervienen elementos como creencias, valores, emociones y experiencias previas. Este proceso no solo permite a los individuos establecer relaciones con su entorno, sino que también ejerce una profunda influencia en cómo se ven a sí mismos y su bienestar (Segura, et al., 2012).

La investigación cualitativa ofrece una visión más profunda de la percepción de la salud, que va más allá de los indicadores clínicos. Se enfoca en cómo las personas viven, interpretan y enfrentan su realidad. Un estudio llevado a cabo en Colombia por Sánchez, Herrera y Socarrás (2008), que incluyó a pacientes crónicos, cuidadores y personas con discapacidad, reveló cómo la

percepción del cuidado y el autocuidado está fuertemente influenciada por sentimientos, experiencias pasadas y las relaciones significativas con su entorno. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la subjetividad en los procesos de atención y promoción de la salud (Segura, 2012).

El análisis de datos cualitativos implica un proceso sistemático en el que se identifican, comparan e interpretan patrones o temas presentes en la información recopilada, con el fin de lograr una comprensión profunda del fenómeno en estudio. Uno de los enfoques más utilizados es el método comparativo constante, que se originó en la teoría Fundamentada y permite refinar los temas a través de comparaciones sistemáticas entre casos. Otro enfoque común es el Método del Marco, que se caracteriza por su flexibilidad y estructura sistemática, siendo aplicable tanto a análisis inductivos como deductivos, dependiendo de la naturaleza de la pregunta de investigación (Gale et al., 2013).

2.5.1 Paso a paso de una investigación cualitativa

Este análisis cualitativo consta de seis etapas. Primera etapa, transcripción detallada y precisa de las entrevistas. Segunda etapa, familiarización con los datos, lo que implica una lectura cuidadosa y la revisión de notas contextuales para comprender el contenido a fondo. Tercera etapa, codificación, asignando etiquetas o códigos a fragmentos significativos del texto que reflejan acciones, valores, emociones o percepciones. Cuarta etapa, marco analítico mediante la agrupación y definición clara de los códigos en categorías organizadas. Quinta etapa, marco a los datos para indexarlos según las categorías definidas, y se representan gráficamente en una matriz que permite un resumen visual de la información y un análisis transversal por casos y temas. Sexta etapa,

interpretación reflexiva y conceptual de los datos con el objetivo de generar explicaciones, identificar patrones y construir conclusiones significativas (Gale et al., 2013).

Este proceso demanda una reflexión crítica constante por parte de los investigadores, lo que incluye la realización de notas reflexivas y las discusiones en equipo. Es fundamental mantener una flexibilidad analítica que posibilite la aparición de hallazgos matizados y socialmente relevantes. El análisis cualitativo favorece una interacción continua entre la recolección de datos, el análisis y el desarrollo teórico, lo que enriquece nuestra comprensión del fenómeno estudiado. Además, el uso de herramientas digitales como el software CAQDAS o ALTAS. Ti., que puede facilitar en gran medida la gestión de estos datos (Gale, 2013).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir la percepción y experiencias de la salud bucal en las familias que residen en la zona rural de Conejo en el corregimiento de Fonseca la Guajira en el 2025.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar el concepto de salud bucal que tienen las familias de Conejo.
- Describir las prácticas cotidianas de salud bucal en los habitantes del corregimiento de Conejo.
- Explorar las creencias y obstáculos socioculturales que influyen en el cuidado de la salud bucal en esta población.

4. Materiales y métodos

4.1 Tipo de estudio

Este estudio tiene un enfoque cualitativo etnográfico. Es cualitativo porque se centra en comprender e interpretar la percepción de la salud bucal de las familias que viven en la zona rural de Conejo, corregimiento de Fonseca, La Guajira. Además, se enmarca en el enfoque etnográfico, ya que busca describir, analizar creencias, prácticas y el conocimiento que estas familias tienen sobre la salud bucal, permitiendo que los participantes expresen su realidad de manera libre y sin interpretaciones externas, explorando a fondo la esencia de sus vivencias(Salgado, 2007).

4.2 Población

Comprende las familias reportadas por la Institución Educativa Técnica Agropecuaria del corregimiento de conejo municipio de Fonseca - La guajira

4.3 Muestra y muestreo

Se seleccionaron participantes que residían en ese momento en Conejo y que estuvieron dispuestos a compartir su experiencia de manera voluntaria, garantizando la diversidad de perspectivas. El tamaño de la muestra se determinó con base en el criterio de saturación teórica, es decir, cuando la recolección de datos no aportó información nueva o significativa para los objetivos del estudio.

Se utilizó un muestreo en bola de nieve. Esta técnica permitió identificar a las familias participantes a partir de referencias proporcionadas por otros miembros de la comunidad, facilitando el acceso a informantes clave que poseían conocimientos, vivencias o percepciones relevantes sobre el tema, hasta saturar los datos (Erakunde y Saila, 2016).

4.4 Criterio de selección

4.4.1 Criterio de inclusión

- Familias que residían en ese momento en la zona rural del corregimiento de Conejo, municipio de Fonseca, La Guajira.
- Personas mayores de 18 años que formaban parte de las familias seleccionadas y que brindaron información desde su experiencia sobre la salud bucal.
- Personas que estuvieron dispuestos a participar voluntariamente en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Participantes que presentaron dificultades cognitivas o alguna patología que les impedía una correcta comunicación.
- Participantes que no pudieron comunicarse de manera clara en lengua castellana.

4.5 Procedimiento

El desarrollo del trabajo de campo inició con el desplazamiento de los investigadores al corregimiento de Conejo, municipio de Fonseca, La Guajira. Una vez en el territorio, se implementó una estrategia de convocatoria de tipo informal, basada en el método de voz a voz,

mediante visitas presenciales a las viviendas de los pobladores del corregimiento. Durante estas visitas, se llevó a cabo una primera aproximación con los potenciales participantes, donde se explicó de manera clara y sencilla el objetivo de la investigación, el enfoque y el propósito de explorar la percepción de la salud oral en contextos rurales, así como la importancia de su participación voluntaria, luego se procedió a la firma del consentimiento informado por parte de quienes decidieron participar libremente. Inmediatamente después de este paso, y en concertación con cada uno de los participantes, se definió el lugar, la fecha y la hora para la realización de las entrevistas en profundidad, las cuales tendrían una duración estimada de entre 30 a 60 minutos, dependiendo del desarrollo del discurso de cada entrevistado. Estas entrevistas se llevaron a cabo de manera presencial, en las viviendas de los participantes. Antes de iniciar cada entrevista, se solicitó nuevamente el consentimiento verbal para la grabación de audio de la conversación y para la toma de fotografías o evidencias visuales. Las entrevistas se desarrollaron de forma flexible, siguiendo una guía semiestructurada previamente diseñada, permitiendo que el participante expresará libremente sus experiencias, percepciones y significados asociados a la salud oral en su vida cotidiana y familiar. Este proceso se repitió con diferentes participantes hasta alcanzar la saturación de la información. Una vez finalizado el proceso de recolección de datos, se procedió a la organización y revisión exhaustiva de los audios por parte de los investigadores, junto con la directora del proyecto, con el fin de garantizar la fidelidad del material obtenido. Posteriormente, se realizó la transcripción textual de cada entrevista en documentos Word, manteniendo la integridad del discurso del participante. Estas transcripciones constituyeron la base para el análisis cualitativo del contenido, a través de la codificación y categorización temática, lo que permitió identificar patrones, categorías emergentes y elementos significativos para la comprensión del fenómeno estudiado. Finalmente, a partir del análisis de la información recolectada, se

estructurarán los resultados del estudio, así como las conclusiones y recomendaciones que contribuyeron a enriquecer el conocimiento sobre la percepción de la salud oral en contextos rurales y servirán de insumo para futuras intervenciones y políticas en salud pública.

4.6 Análisis de datos

Para el análisis de la información obtenida en esta investigación cualitativa de enfoque etnográfico, se empleó una estrategia de triangulación de datos, que incluyó diferentes métodos de recolección y análisis simultáneos, tales como entrevistas semiestructuradas, notas de campo y evidencias documentales (fotografías del entorno y observaciones contextuales). Una vez se recolectó la información a través de las entrevistas presenciales con los participantes del corregimiento de Conejo, se procedió a la transcripción textual completa de cada grabación, preservando la fidelidad del discurso original y asignando un código de identificación a cada archivo para proteger la identidad de los participantes, garantizando así su anonimato y confidencialidad. Estos archivos fueron almacenados en formato digital y físico, con medidas de seguridad para su uso exclusivo en el marco del proyecto investigativo.

Durante el proceso de entrevista, los investigadores también realizarán una toma detallada de notas de campo, que permitirán registrar elementos no verbales, expresiones del entorno, actitudes y emociones observadas en el contexto real de las entrevistas, complementando la información verbal. Una vez transcrita toda la información recolectada en documentos word, los archivos fueron importados al software Atlas.ti versión 8®, herramienta que facilitó la codificación y segmentación de los datos textuales. En esta fase se generaron categorías preestablecidas, basadas en el marco teórico y los objetivos de la investigación, así como categorías emergentes que surgieron directamente del discurso de los participantes (apéndice A). A través de un proceso

interactivo, se delimitaron unidades temáticas significativas, organizadas alrededor de un eje central que refleje el sentido esencial de cada vivencia narrada. Este proceso permitió integrar múltiples experiencias individuales en una estructura general de significado, respetando la singularidad de cada participante y construyendo una descripción profunda y coherente del fenómeno en estudio. Finalmente, se llevó a cabo una descripción estructural y esencial de las experiencias, resultado de la combinación de las descripciones individuales y del análisis categorial, lo cual permitió revelar la esencia del fenómeno estudiado, en este caso, la percepción de la salud bucal desde la vivencia de las familias rurales. Para minimizar sesgos y fortalecer la confiabilidad de los resultados, se implementó además una triangulación de investigadores, consistente en la revisión crítica de los hallazgos por parte del equipo investigador, promoviendo así el consenso intersubjetivo, la contrastación de interpretaciones y la generación de aportes externos que enriquezcan la comprensión final del fenómeno.

4.7 Consideraciones éticas

La presente investigación se someterá a consideración y aprobación por el comité de ética de la Universidad Santo Tomás. Se acogerá a la normatividad establecida en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecieron las normas científicas, técnicas y administrativas que regirán el desarrollo de la actividad investigativa en salud de Colombia. Será necesario expresar que en esta investigación prevalecerá en todo momento el criterio de respeto a la dignidad, la protección a los derechos y el bienestar de las personas involucradas, estableciendo la participación como una decisión libre y autónoma, mediada por la verdad y con la responsabilidad de explicar en términos que sean claros y entendibles, revelando los propósitos y el sentido de la investigación y considerando a los participantes como sujetos sociales con derechos

y deberes. Según el artículo 11 de la resolución 08430 de Colombia antes mencionada, esta investigación se clasificará como de riesgo mínimo, debido a que usará técnicas comunes como las entrevistas, por lo cual no se genera riesgo para ninguno de los participantes. La participación será voluntaria y con libre decisión de continuar o retirarse del proceso cuando las participantes así lo consideren pertinente. Esta investigación se fundamentará en un modelo que protege a las participantes, por lo tanto, cuenta con el Consentimiento Informado por escrito del sujeto de investigación (Apéndice B). El Consentimiento entregará información suficiente, verídica y expresada de manera clara y coherente; no se utilizarán términos técnicos, para no comprometer la calidad de la relación entre las partes ni afectar la entrega natural de información por parte de las participantes. Se establece que se protegerán mis datos personales y no serán divulgados, según la ley estatutaria 1581 de 2012

5. Resultados

5.1 Caracterización de la población

El rango de edad de los participantes osciló entre los 19 y 74 años se entrevistó un total de 20 participantes entre hombre y mujeres siendo en su mayoría mujeres

Tabla 1. Población

<i>Familia</i>	<i># De participante</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>
1	1	36	Femenino
	2	40	Masculino
2	3	72	Masculino
	4	71	Femenino
3	5	53	Femenino
	7	69	Femenino
4	6	28	Femenino

<i>Familia</i>	<i># De participante</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>
5	8	29	Femenino
6	9	51	Masculino
	11	30	Femenino
7	10	31	Masculino
8	12	66	Femenina
	18	77	Masculino
9	13	19	Femenino
	14	21	Masculino
	15	39	Femenino
	16	43	Masculino
10	17	20	Femenino
	19	38	Femenino
11	20	74	Femenino

5.2 Descripción protocolar

A continuación, se describe la experiencia compartida por las personas que participaron en el estudio en cuanto a la percepción de salud bucal en las familias que habitan en conejo, con base en las transcripciones de las entrevistas realizadas

5.2.1 Experiencia F1

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo a una familia conformada por cuatro integrantes (padre, madre y dos hijos menores de edad). La cual reside en una finca ubicada en el corregimiento de Conejo, zona rural del departamento de La Guajira. La vivienda es de construcción tradicional, elaborada en barro, y se encuentra delimitada por una cerca construida con palos de madera. El entorno inmediato está rodeado de vegetación y áreas destinadas a actividades agropecuarias.

Durante la visita se pudo observar que las actividades diarias de la familia giran en torno al cuidado y mantenimiento de la finca, lo cual implica su permanencia constante en el lugar. Según lo manifestado por los integrantes, el sustento económico proviene principalmente del trabajo realizado por el padre en la misma propiedad.

En relación con los implementos de higiene bucal, la familia refirió el uso de una crema dental con bajo contenido de flúor, la cual es compartida por todos los miembros del hogar. La madre manifestó que la elección del producto se debe a su menor costo en comparación con otras opciones disponibles en el mercado.

La madre reportó una marcada preocupación al referir que sus hijos presentan caries en estadios avanzados en varias piezas dentales. Comentó que anteriormente fueron atendidos en el puesto de salud, donde se les realizaron restauraciones; sin embargo, estas se han desprendido con el tiempo. Señaló además que se le ha dificultado gestionar nuevas citas, debido a la limitada asignación de turnos en el centro de atención.

Asimismo, informó que no poseen conocimientos claros sobre técnicas adecuadas de cepillado, lo que dificulta el fortalecimiento de los hábitos de higiene oral en sus hijos.

5.2.2 Experiencia F2

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo a una familia conformada por diez integrantes (padre, madre, cinco hijos mayores de edad, dos hermanos de la madre que padecen dificultades mentales y una persona de edad avanzada que requiere cuidado permanente debido a su dependencia para las actividades básicas)

La organización familiar evidencia una dinámica de corresponsabilidad económica, ya que todos los hijos de la pareja se encuentran laboralmente activos y contribuyen a los gastos del hogar.

El padre se desempeña como barbero. Durante la visita domiciliaria únicamente pudieron participar en la entrevista cuatro integrantes: la madre, el padre y dos de sus hijos, debido a que los demás no se encontraban presentes en el momento.

La familia manifestó contar con solvencia económica que les permite acceder a servicios odontológicos particulares en Fonseca, municipio cercano al corregimiento. Durante la entrevista se evidenció buena disposición por parte de los participantes para responder a las preguntas planteadas.

En relación con las prácticas de salud bucal, los integrantes entrevistados reportaron hábitos de higiene constantes. La madre, quien actualmente se encuentra en tratamiento de ortodoncia, refirió asistir frecuentemente a consulta odontológica como parte del seguimiento de dicho tratamiento. Manifestó realizar el cepillado dental tres veces al día: al levantarse, en horas de la tarde y antes de dormir, enfatizando la necesidad de mantener una adecuada higiene debido al uso de aparatología ortodóntica. Además, indicó que se encarga de los quehaceres del hogar y del cuidado de los familiares dependientes.

El padre manifestó no acudir a consulta odontológica desde hace un tiempo considerable. Señaló que ha decidido esperar a que su esposa finalice el tratamiento de ortodoncia antes de considerar asistir a valoración, y expresó que hasta el momento no lo ha considerado necesario. Indicó no ser partidario de acudir al puesto de salud del municipio para controles, argumentando que la asignación de turnos es limitada. No obstante, refirió realizar el cepillado dental tres veces al día.

El hijo entrevistado es bastante joven, manifestó ser comprometido con su higiene oral y reportó cepillarse tres veces al día. Durante la entrevista se evidenciaron características compatibles con fluorosis dental en grado moderado a severo.

Por su parte, la hija entrevistada, quien se desempeña como manicurista, manifestó cepillarse dos veces al día. Indicó que, debido a sus horarios laborales, pasa la mayor parte del tiempo fuera del hogar. Al momento de la entrevista acababa de regresar de su jornada de trabajo.

Todos los participantes entrevistados reportaron un nivel de escolaridad hasta bachillerato. La información descrita corresponde a lo observado y referido durante la visita domiciliaria y el desarrollo de la entrevista.

5.2.3 Experiencia F3

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo a una familia conformada por tres personas (madre, hija y adulta mayor)

La vivienda observada está construida en material y pintada de color blanco. En ella habitan tres personas: madre, hija y abuela. Durante la visita domiciliaria participaron en la entrevista la madre y la hija; la abuela decidió no hacerlo, manifestando que no se consideraba “lo suficientemente inteligente” para responder las preguntas. Aunque se le explicó de manera general el contenido y la finalidad de la entrevista, mantuvo su decisión de no participar.

La madre se desempeña laboralmente en una UCA (Unidad Comunitaria de Atención), institución orientada a la atención de niños en primera infancia y al apoyo en programas de alimentación infantil. Inicialmente no mostró intención de participar en la entrevista; sin embargo, accedió posteriormente, luego de observar que se le hizo entrega de un kit de higiene a su hija, quien fue la primera en responder las preguntas.

Durante el desarrollo de la entrevista, la hija se mostró visiblemente incómoda, ofreciendo respuestas breves y limitadas. Manifestó no considerar importante la asistencia regular a consulta

odontológica. Por su parte, la madre evidenció una actitud de desinterés frente a la entrevista y no manifestó prácticas orientadas a la búsqueda frecuente de atención en salud bucal.

5.2.4 Experiencia F4

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo a una familia conformada por dos personas adultos mayores hombre y mujer

La vivienda observada está construida en ladrillo y presenta dimensiones reducidas. Consta de una pequeña sala y un único cuarto; el baño se encuentra ubicado en el patio exterior y la preparación de los alimentos se realiza con leña, utilizando fogones elaborados de manera artesanal. La casa está situada cerca de la vía principal del pueblo; sin embargo, la calle no se encuentra pavimentada. En la sala se evidenció acumulación de diversos objetos.

En esta vivienda habita una pareja de adultos mayores, quienes manifestaron dedicarse a labores del campo como principal fuente de sustento. Ambos mostraron disposición para participar en la entrevista.

Esta familia expresó sentirse contenta por la visita, refiriendo que pocas personas acuden a su hogar. Manifestaron no asistir con frecuencia a consulta odontológica, aunque reconocen que es necesaria la atención. Señalaron que la institución prestadora de servicios de salud (EPS) a la que se encuentran afiliados está ubicada a una distancia considerable del corregimiento y que en el pueblo no se dispone de servicio de atención odontológica permanente.

El señor también adulto mayor y dedicado históricamente al trabajo en el campo, participó en la entrevista realizando un esfuerzo evidente para comunicarse, debido a que padece asma. Manifestó no haber asistido a consulta odontológica por la lejanía de la EPS con respecto a su

lugar de residencia. Indicó que en varias ocasiones acudió al puesto de salud del corregimiento con la intención de ser atendido, pero lo encontró cerrado.

5.2.5 Experiencia F5

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo, la vivienda observada está construida en ladrillo y actualmente se encuentra en obra negra. Se ubica en las últimas casas del pueblo, en una zona donde el entorno inmediato se caracteriza por abundante naturaleza y menor concentración de viviendas.

En el inmueble habita una pareja (hombre y mujer); no obstante, para el desarrollo del estudio únicamente participó la participante de sexo femenino, debido a que su compañero presenta dificultades en el manejo de la lengua castellana. La participante manifestó que anteriormente residía en Fonseca y que desde hace aproximadamente ocho años vive en Conejo.

Durante la entrevista, refirió que en Conejo no se cuenta con servicio odontológico. Señaló que ha tenido la intención de asistir a controles en salud oral; sin embargo, debido a limitaciones económicas, no ha podido desplazarse hasta Fonseca para retomar la atención, por lo que no ha logrado continuar con sus controles odontológicos.

5.2.6 Experiencia F6

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo, (familia conformada por una adulta mayor y sus dos nietas menores de edad) la vivienda observada es de color naranja y está construida en material. En ella reside una persona de sexo femenino adulta mayor, quien convive con sus dos nietas, ambas menores de edad; por esta razón, no fue posible realizarles entrevista. La participante manifestó que sus hijos le brindan apoyo

económico, aunque no residen de manera permanente en el hogar y únicamente la visitan de forma ocasional.

Durante la entrevista, refirió que en Conejo se realizó una brigada de salud en una sola ocasión, hace ya bastante tiempo. Indicó que el puesto de salud del pueblo se encuentra cerca de su vivienda; sin embargo, señaló que allí no se presta un servicio odontológico completo. Asimismo, expresó que se le dificulta asistir a consulta odontológica de manera particular en Fonseca, municipio que identificó como el más cercano.

Adicionalmente, la participante reportó desconocer técnicas adecuadas de cepillado, manifestando no contar con la información necesaria para brindar una educación en salud bucal adecuada a sus nietas.

5.3.7 Experiencia F7

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo, La vivienda observada está construida en ladrillo y se encuentra delimitada por una cerca de madera. En el hogar reside una familia con recursos económicos limitados. Al momento de la visita, únicamente participó una persona del hogar, debido a que el esposo se encontraba trabajando y los hijos eran menores de edad.

Durante la entrevista, la participante respondió a las preguntas con disposición; sin embargo, sus respuestas fueron breves y poco elaboradas. No manifestó interés en acudir a consulta odontológica ni realizó preguntas relacionadas con su salud bucal. Refirió haber recibido escasa orientación sobre técnicas adecuadas de cepillado y señaló que los conocimientos que posee han sido adquiridos principalmente por tradición.

Al momento de la visita, la vivienda permanecía completamente cerrada y la participante compartió información limitada respecto a sus condiciones y calidad de vida.

5.3.8 Experiencia F8

La vivienda está construida en barro y madera, y presenta múltiples agujeros en el techo, lo que evidencia condiciones estructurales precarias. Alrededor de la casa hay una cerca elaborada en madera y, dentro del terreno, se observan árboles, plantas y animales de corral como gallinas.

En el hogar reside una familia conformada por padre y madre, ambos personas jóvenes, y dos niños pequeños que no pudieron ser entrevistados debido a su edad. El padre es quien provee los recursos económicos del hogar, mientras que la madre se dedica a las labores domésticas.

Durante la visita solo fue posible entrevistar a la madre. Se evidenció que es una familia de escasos recursos económicos y que no acuden a consultas odontológicas ni médicas de manera regular.

La comunicación durante la entrevista presentó algunas dificultades, ya que la participante no comprendía en su totalidad las preguntas formuladas, lo que ocasionaba respuestas poco relacionadas con el tema abordado. Asimismo, la presencia de los niños pequeños dificultó la concentración de la madre, pues durante la entrevista estuvieron jugando con las gallinas, mientras ella intentaba supervisarlos y mantener el orden.

Finalmente, la madre manifestó desconocer completamente la manera adecuada de brindar educación en higiene oral a sus hijos

5.3.9 Experiencia F9

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo, la vivienda visitada está construida en ladrillo, con fachada en colores blanco y amarillo.

En ella reside un núcleo familiar conformado por cuatro personas: padre, madre y dos hijas menores de edad (hijas de la madre).

Se realizó visita domiciliaria en el corregimiento, específicamente en el sector conocido como “La Invasión”, denominado así porque anteriormente era un terreno ocupado por cambuches improvisados, contruidos por los mismos habitantes con materiales artesanales para resguardarse. Posteriormente, el gobierno llevó a cabo un proyecto de vivienda, mediante el cual se edificaron casas en ladrillo, beneficiando a varias familias del corregimiento de Conejo.

Durante la visita se realizó entrevista al padre, ya que la madre se encontraba en su jornada laboral. El padre refiere realizar higiene oral dos veces al día; sin embargo, manifiesta que no considera necesario asistir a consulta odontológica, pues no percibe molestias ni problemas dentales en la actualidad, desconoce del ciudadano bucal de las menores ya que el refiere que es responsabilidad de la madre que desconoce la asistencia a controles odontológicos de las niñas.

5.3.10 Experiencia F10

La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo, vivienda hecha de madera pintada en color azul. En ella habitan dos hermanas adultas mayores, quienes dependen económicamente de las labores del campo. Además, cuentan con una pequeña tienda en su hogar donde comercializan verduras y frutas recolectadas por ellas mismas en sus cultivos.

Al momento de la visita, en la parte exterior de la vivienda se observaba maíz expuesto al sol para su secado, evidencia de la actividad agrícola que desarrollan y que constituye su principal medio de subsistencia. Las hermanas refieren que residen en la sierra conocida como Las Marimondas, ubicada cerca de Conejo, lo que dificulta su desplazamiento hasta el municipio de

Fonseca para acceder a atención odontológica. Manifiestan que hace un tiempo prolongado no asisten a consulta, debido a las limitaciones de transporte y distancia. Asimismo, reportan que el puesto de salud del corregimiento se encuentra fuera de servicio, por lo que desconocen el tipo de atención que allí se podría estar brindando actualmente.

En cuanto a sus hábitos de higiene oral, expresan no contar con una técnica de cepillado específica y reconocen haber perdido varias piezas dentales por no acudir oportunamente a consulta odontológica. Señalan que su red de apoyo se limita prácticamente a la compañía mutua entre ambas, ya que viven solas y se acompañan únicamente la una a la otra.

5.2.11 Experiencia F11

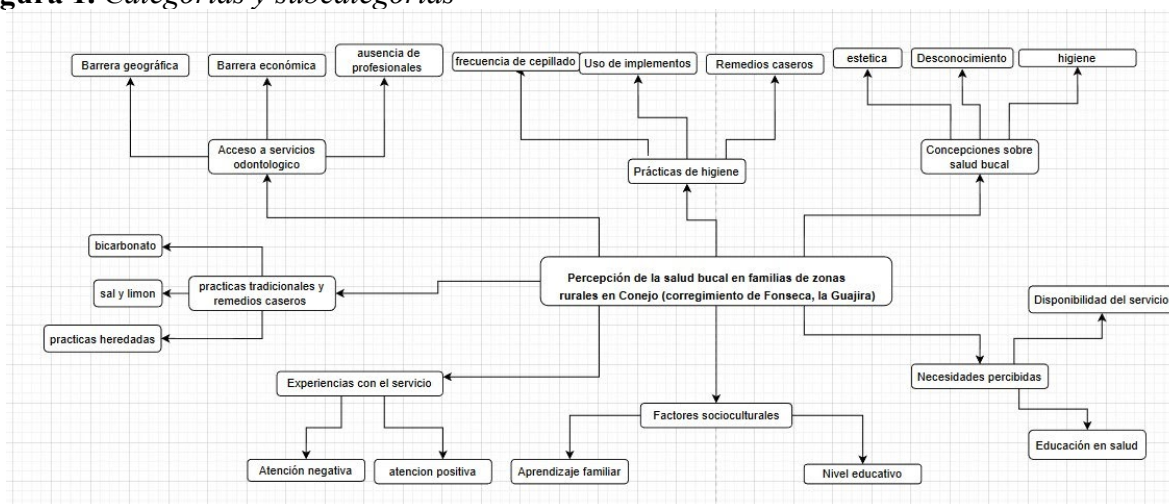
La entrevista fue realizada de manera presencial por uno de los investigadores del presente trabajo, es una vivienda construida en barro y estructura de palos de madera, donde reside una pareja de adultos mayores. La totalidad de la casa está elaborada con materiales tradicionales; sin embargo, al momento de la visita se encontraba en adecuadas condiciones de orden y limpieza.

La participante refiere que la última vez que asistió a consulta odontológica le recomendaron el uso de crema dental sin flúor. No obstante, manifiesta que ha transcurrido un tiempo prolongado desde su última atención, principalmente debido a dificultades económicas que les impiden desplazarse a otro municipio para recibir servicios de salud.

En relación con el cuidado de la salud bucal, expresan que los conocimientos que poseen han sido adquiridos de manera empírica y transmitidos por tradición, ya que no han recibido orientación reciente por parte de profesionales de la salud.

5.3 Percepción de la salud bucal en familias de zonas rurales en Conejo (corregimiento de Fonseca, la guajira)

Figura 1. *Categorías y subcategorías*



5.3.1 Prácticas de higiene oral

Las prácticas de higiene oral descritas por los participantes evidencian que el cuidado bucal se concibe principalmente como una actividad cotidiana de limpieza personal, asociada al aseo general y al bienestar físico, más que como una estrategia técnica de prevención clínica. En los relatos se reconoce la importancia del cepillado, el uso básico de crema dental y la necesidad de mantener la boca “limpia” para evitar enfermedades, mal olor o pérdida dentaria.

No obstante, dichas prácticas se configuran desde saberes familiares, experiencias empíricas y condiciones laborales, lo que genera variaciones en la frecuencia, en los implementos utilizados y en la incorporación de remedios tradicionales. Esta combinación da cuenta de un

modelo de autocuidado mixto, donde convergen conductas preventivas adecuadas con limitaciones en la técnica y persistencia de prácticas caseras.

5.3.1.1 Frecuencia de cepillado. La frecuencia de cepillado varía entre los participantes, oscilando entre dos y cuatro veces al día, dependiendo del tiempo disponible, las rutinas laborales y la percepción individual de suciedad bucal.

Algunos entrevistados refirieron una práctica constante y estructurada, especialmente en jóvenes y personas con mayor conciencia preventiva, quienes incorporan el cepillado después de las comidas y antes de dormir:

“me cepillo primero que todo en la noche antes de acostarme, por qué uno cena, me cepillo en la mañana y me cepillo en la tarde.” [E14]

“tres veces al día.” [E3]

“3 veces o 4 veces antes de acostarme también me cepillo” [E15]

Estas narrativas evidencian que el cepillado se integra como parte del autocuidado diario y la presentación personal, relacionado con sensaciones de frescura y comodidad.

No obstante, otros participantes indicaron que, aunque reconocen la importancia de esta frecuencia, las actividades laborales y domésticas dificultan mantener la rutina completa, reduciendo el cepillado a dos veces diarias:

“por mi trabajo como 2 veces al día.” [E13]

“solo me cepillo cuando me levanto y cuando me acuesto, más nada, pero pendiente es a trabajar” [E16]

Estas narrativas evidencian que el cepillado se entiende como una práctica necesaria, pero condicionada por el contexto cotidiano.

En conjunto, la frecuencia del cepillado no depende exclusivamente del conocimiento, sino de factores contextuales y prácticos que median la posibilidad real de realizarlo.

5.3.1.2 Uso de implementos de higiene oral. En relación con los implementos utilizados, el cepillo y la crema dentales constituyen los recursos universales y básicos en todos los hogares. Estos elementos representan el núcleo del cuidado oral cotidiano.

Sin embargo, algunos participantes complementan su higiene con herramientas adicionales como hilo dental o enjuague bucal, aunque su uso es irregular y condicionado por la necesidad percibida:

“Uso cepillo dental, hilo a veces cuando uno come carne.” [E14]

“Uso seda y a veces listerine.” [E16]

Estos relatos muestran que los implementos interdetales no forman parte de un hábito sistemático, sino que se emplean de manera ocasional cuando se perciben restos de alimentos o molestias.

Asimismo, emergieron prácticas tradicionales como el uso de palillos o elementos improvisados para retirar residuos:

“A veces palillos para sacarme el sucio.” [E15]

Estas experiencias reflejan que, aunque existe conocimiento básico sobre otros implementos, su uso no está interiorizado como parte esencial del cuidado diario, lo que sugiere una higiene centrada casi exclusivamente en el cepillado.

Por otro lado, algunos participantes mantienen un cuidado mínimo limitado únicamente al cepillado:

“Nada más uso el cepillo dental, nada de seda y eso.” [E17]

Lo anterior evidencia distintos niveles de complejidad en el autocuidado, que van desde prácticas integrales hasta rutinas básicas, reflejando desigualdades en educación preventiva y apropiación de técnicas complementarias.

5.3.1.3 Remedios caseros y prácticas tradicionales. Un hallazgo relevante fue la presencia de remedios caseros utilizados como complemento o sustituto temporal de la crema dental. Estas prácticas, transmitidas por tradición familiar o empleadas en momentos de escasez, reflejan la persistencia de saberes populares en la comunidad.

Entre las sustancias mencionadas se encuentran limón, soda, sal y bicarbonato:

“Me he cepillado con limón y soda.” [E14]

“Cuando no tenía así, yo me cepillaba con sal.” [E15]

“Cuando no tengo Colgate me cepillo con bicarbonato o sal para limpiar.” [E16]

“soda de limón, porque le limpia a uno la garganta” [E7]

“Mi mama hace pasta dental, tomate y soda” [E10]

Los participantes atribuyen a estas mezclas propiedades de limpieza profunda o blanqueamiento, asociándolas a una sensación inmediata de mayor higiene. Sin embargo, su uso es ocasional y no reemplaza de forma permanente la crema dental.

No obstante, algunos participantes señalaron no recurrir a estos métodos y preferir únicamente productos comerciales:

“solo crema.” [E18]

“no, ninguno lo normal la crema y el cepillo”. [E15]

Estas prácticas evidencian estrategias de adaptación frente a limitaciones económicas o disponibilidad de insumos, pero también revelan la coexistencia de conocimientos empíricos que pueden implicar riesgos para los tejidos dentales, como abrasión del esmalte o sensibilidad.

5.3.2 Acceso a servicios odontológicos.

El acceso a los servicios odontológicos fue descrito por los participantes como un proceso limitado y condicionado por factores estructurales del territorio. Aunque la mayoría reconoce la importancia de asistir al odontólogo para prevenir o tratar problemas bucales, en la práctica la consulta suele postergarse hasta la aparición de dolor o complicaciones. Las narrativas evidencian que la atención odontológica no se percibe como parte de un cuidado rutinario, sino como un recurso al que se recurre únicamente ante la urgencia.

La mayoría de entrevistados coincidieron en señalar múltiples dificultades para acceder a la atención, relacionadas principalmente con la distancia hacia los centros urbanos, los costos económicos y la escasez o intermitencia de profesionales disponibles en la zona. Estas barreras interactúan entre sí, generando demoras en la búsqueda de atención y, en algunos casos, abandono del tratamiento.

5.3.2.1 Barrera geográfica. La ubicación rural del territorio fue uno de los obstáculos más reiterados por los participantes. La necesidad de desplazarse hacia otros municipios o cabeceras urbanas para recibir atención odontológica implica trayectos largos, gastos adicionales y pérdida de tiempo laboral.

Algunos entrevistados mencionaron que en su comunidad no hay servicio permanente, por lo que deben trasladarse a poblaciones cercanas:

“Sí, porque aquí no hay quien.” [E7]

“Aquí no hay la facilidad,” [E15]

“Nada, aquí no hay nada de eso, toca ir al Valle.” [E12]

Otros relataron que deben trasladarse principalmente a Fonseca:

“La verdad toca ir a Fonseca.” [E10]

“Me queda lejos porque es en Fonseca.” [E11]

“Yo voy a Fonseca mensual porque aquí no hay la facilidad.” [E15]

“Le dije a la mujer que me gusta como le han atendido... allá en Fonseca.” [E16]

En algunos casos se mencionó la duración del desplazamiento:

“Una hora y pico.” [E12]

Asimismo, se evidenció que, aunque en el puesto de salud se realizan algunas jornadas, estas no son constantes:

“Aquí en el puesto de salud sí han hecho jornadas, pero hace mucho rato no hacen.” [E14]

Por otra parte, un participante relativiza la dificultad del traslado al expresar:

“Aquí en el puesto de salud sí han hecho jornadas, pero hace mucho rato no hacen.” [E14]

Estos testimonios muestran que el desplazamiento es una constante en la mayoría de los casos, aunque la percepción de la dificultad varía según la experiencia individual.

5.3.2.2 Barrera económica. El costo de los tratamientos odontológicos emergió como otra limitación significativa. Varios participantes manifestaron que, aunque estén afiliados al sistema

de salud, muchos procedimientos no están cubiertos o implican copagos elevados, lo que restringe la continuidad de la atención.

Algunos entrevistados señalaron que la falta de dinero para el pasaje les impide asistir a la consulta:

“Si no tiene los diez mil de la carrera allá, no va.” [E7]

“A veces es el pasaje... pierdo hasta las citas por no tener el recurso.” [E11]

“El billetico.” [E12]

En otros casos, el acceso está condicionado a la capacidad de pago para atención particular:

“Es correcto, particular, yo hago el esfuerzo como sea por ahí para pagar los controles.” [E15]

“Sí claro, particular.” [E14]

“A mí me gusta es coger la plata... ir directamente donde un profesional y pagar la consulta.” [E16]

Un participante también refirió no haber utilizado el seguro de salud:

“Por el seguro no... nunca me he atendido.” [E7]

Además, se identificaron limitaciones relacionadas con el tiempo laboral como condicionante indirecto del acceso:

“El trabajo... uno debe mantenerse hasta 2 y 3 semanas ahí dándole.” [E14]

“Ahorita que tengo un trabajo de manicurista muy poco me da tiempo de asistir.” [E13]

Estos relatos evidencian que el acceso efectivo depende no solo de la existencia del servicio, sino también a otras necesidades básicas, configurando una atención tardía y en muchos casos, resolutive únicamente ante la emergencia. El componente económico, por tanto, actúa como

un determinante directo en la decisión de consultar o no, de la disponibilidad de recursos económicos y de tiempo de los pobladores.

5.3.2.3 Ausencia de profesionales. La falta o intermitencia de profesionales de odontología en la comunidad fue descrita como una barrera estructural adicional. Los participantes refirieron que la presencia del servicio es ocasional, con jornadas esporádicas o brigadas, lo que dificulta el seguimiento de tratamientos.

Algunos participantes fueron enfáticos en señalar esta situación:

“Aquí no hay quien la atienda.” [E7]

“Aquí nunca hay un odontólogo firme.” [E15]

“Aquí no hay nada de eso.” [E12]

En otros casos se mencionó la intermitencia del profesional:

“El odontólogo viene una vez a la semana.” [E10]

“Uno va y el médico no viene.” [E10]

“Es una lucha pa sacar una cita.” [E8]

Frente a esta situación, algunos entrevistados expresaron la necesidad de contar con atención local permanente:

“Que traigan una odontóloga aquí... o una brigada.” [E12]

“Que sea aquí... porque a veces no tenemos recursos pa ir a Fonseca.” [E11]

Por su parte, otros participantes evidenciaron una asistencia irregular:

“Ya tengo 3 meses de no asistir al odontólogo.” [E13]

En conjunto, estas expresiones reflejan que La ausencia y disponibilidad limitada de los profesionales no solo condiciona el tratamiento oportuno, sino también las acciones de promoción y prevención, favoreciendo una atención más centrada en las urgencias que en la prevención.

5.3.3 Prácticas tradicionales y remedios caseros.

Las prácticas tradicionales y el uso de remedios caseros para el cuidado de la salud bucal evidencian la coexistencia entre el conocimiento formal y saberes transmitidos por tradición familiar. En los discursos de los entrevistados se identifican prácticas heredadas, así como el uso de productos alternativos como sal, limón y bicarbonato (soda), especialmente cuando no se dispone de crema dental o cuando se percibe acumulación de suciedad en los dientes.

5.3.3.1. Prácticas heredadas. Algunos participantes manifestaron que el aprendizaje del cuidado bucal proviene principalmente de la familia.

“bueno eso no lo enseñó fue papa toda la vida que uno tiene que comer y cepillarse” [E7]

“por mi familia, por mis padres, ellos me hablan del aseo personal” [E13]

“de mi mamá más que todo que es la que siempre nos ha inculcado” [E14]

“mi papá y mi mamá siempre se interesaron por qué siempre tengamos una buena dentadura limpia todo el tiempo” [E16]

En contraste, también se evidenció ausencia de hábito inculcado en el hogar:

“mis papás nunca nos dieron una costumbre de cepillarnos” [E15]

“yo lo aprendí fue en la calle” [E15]

Asimismo, se mencionaron prácticas observadas en los padres:

“mi papa se cepillaba en la finca era con soda y Colgate” [E12]

“por lo menos mi mama hace pasta dental, tomate” [E10]

Estas narrativas muestran cómo las prácticas tradicionales pueden ser transmitidas, transformadas o incluso ausentes dentro del núcleo familiar.

5.3.3.2 Sal y limón. El uso de sal y limón aparece como una práctica alternativa para la limpieza dental.

“yo uso mucho el limón con la soda, le echo limón al cepillo con soda” [E7]

“yo me he cepillado con limón y soda” [E14]

“no, antes primero me pasó limón y soda y luego con el cepillo y la crema de dientes” [E14]

“cuando no tenía así, yo me cepillaba con sal” [E15]

“aquí más que todo así cuando no hay crema nos cepillamos con soda o sal” [E14]

“cuando no tengo Colgate me cepillo con bicarbonato o sal para limpiar” [E16]

En estos relatos, la sal y el limón se utilizan principalmente cuando no hay crema dental disponible o cuando se percibe mayor suciedad después de ciertos alimentos.

5.3.3.3 Bicarbonato (soda). El bicarbonato, referido en algunos casos como “soda”, fue uno de los remedios más mencionados.

“con soda, con bicarbonato” [E7]

“si y soda” [E10]

“a veces uso sal o bicarbonato” [E11]

“mi papa se cepillaba en la finca era con soda y Colgate” [E12]

“yo me he cepillado con limón y soda” [E14]

“cuando no tengo Colgate me cepillo con bicarbonato o sal para limpiar” [E16]

“con el tiempo yo escuché no que el bicarbonato y la sal te limpia yo me echo y pa pa pa me voy y así” [E16]

En contraste, algunos participantes manifestaron no utilizar remedios caseros:

“no nada, Colgate y hilo dental” [E8]

“no, ninguno lo normal la crema y el cepillo” [E15]

“solo el cepillo y crema dental” [E13]

Estas expresiones reflejan que, aunque el uso de bicarbonato y sal continúa presente como práctica tradicional en la comunidad, no todos los participantes recurren a estos métodos, evidenciándose diferencias generacionales y de acceso a productos comerciales.

5.3.4 Experiencias con el servicio odontológico.

Las experiencias con el servicio odontológico relatadas por las personas entrevistadas evidencian una marcada dualidad entre vivencias negativas y positivas. Mientras una parte importante de los participantes describió situaciones asociadas a demoras, maltrato o dificultades administrativas, otros resaltaron experiencias satisfactorias caracterizadas por buen trato, resolución del problema y confianza en el profesional. Estas percepciones influyen directamente en la disposición a consultar y en la continuidad de los tratamientos.

En general, la mayoría de los entrevistados manifestó acudir al servicio principalmente cuando presenta dolor, lo que condiciona su experiencia a situaciones de urgencia más que a procesos preventivos.

5.3.4.1 Atención negativa. Algunos participantes manifestaron inconformidad con la atención recibida en servicios institucionales, especialmente en el puesto de salud o en la modalidad de EPS.

Un participante expresó su desacuerdo con la atención del puesto de salud:

“cómo no quede a gusto, con la odontóloga que me atendió en el puesto de salud” [E16]

Asimismo, manifestó su percepción frente a la atención por EPS:

“a mi no me gusta andar metido en nada de EPS, a mí me gusta es coger la plata sudármela, ganármela e ir directamente donde un profesional y paga la consulta y que me atiendan bien” [E16]

“claro, eso de EPS mandan es puros aprendices, a hacer las prácticas con uno y le hacen es unos chicharrones” [E16]

Otra participante señaló limitaciones estructurales que inciden en la experiencia del servicio local:

“la dificultad de que nunca hay un odontólogo firme, viene es de vez en cuando” [E15]

También se evidencia que en algunos casos la consulta se da únicamente ante molestias o dolor, lo que condiciona la experiencia al momento de la atención:

“solo cuando tengo dolor no vivo pendiente a ir a control muy poco voy” [E16]

“cuando se me presenta alguna anomalía” [E13]

Estos relatos reflejan percepciones de inconformidad asociadas a la atención institucional, la falta de continuidad del servicio y la búsqueda de alternativas particulares como garantía de mejor atención.

5.3.4.2 Atención positiva. En contraste, varios entrevistados describieron experiencias satisfactorias tras recibir atención odontológica, destacando sensaciones de alivio, mejoría y bienestar.

Un participante expresó:

“se siente bien, se siente uno la boca, otra sonrisa claro, un cambio diferente” [E14]

Otro relató su experiencia después de una limpieza dental:

“me sentí bien, me sentí la dentadura aliviada el día que me hicieron la limpieza, chevre la boca livianita, relajada, una sensación bacanita” [E17]

Una participante manifestó satisfacción con su tratamiento:

“me fue muy bien. He sentido bastante mejoría en mi boca claro, y es muy agradable” [E15]

Y calificó la atención recibida como:

“espectacular” [E15]

Asimismo, algunos entrevistados reconocieron la importancia de la consulta como parte del cuidado personal:

“demasiado importante obvio. Uno con el cepillo no se va a quitar todo por completo” [E14]

“lo importante es uno mantenerse la dentadura cuidadita, hacerse la respectiva limpieza, ir al odontólogo” [E16]

En otros casos, aunque no se describen emociones intensas, se reconoce una experiencia adecuada:

“pues bien” [E13]

Estos testimonios muestran que, cuando el servicio es recibido en condiciones satisfactorias especialmente en atención particular o en controles periódicos— la experiencia se asocia con alivio, sensación de limpieza y mejoría estética y funcional.

5.3.5 Factores socioculturales

Los factores socioculturales influyen de manera significativa en las prácticas y percepciones sobre salud bucal en los entrevistados. A partir de los relatos, se identifican elementos asociados al aprendizaje familiar, las costumbres transmitidas en el hogar y el nivel educativo como fuentes de conocimiento y construcción de hábitos. Las experiencias muestran diferencias marcadas entre quienes recibieron orientación desde la infancia y quienes refieren haber aprendido por fuera del entorno familiar.

5.3.5.1 Aprendizaje familiar. En varios testimonios se evidencia que la familia ha sido la principal fuente de enseñanza sobre higiene oral.

Una participante expresó:

“de mi familia, mis padres principalmente son los primeros que hablan respecto al aseo personal que como mujer también debe tener uno” [E13]

De manera similar, otra entrevistada manifestó:

“por mi familia, por mis padres, ellos me hablan del aseo personal que como mujer uno debe tener” [E13]

Un entrevistado señaló:

“de mi mamá más que todo que es la que siempre nos ha inculcado, vayan allá a hacerse chequeo en la boca” [E14]

Otro participante afirmó:

“mi papá y mi mamá siempre se interesaron por qué siempre tengamos una buena dentadura limpia todo el tiempo” [E16]

En contraste, también se evidencian experiencias donde no hubo formación en el hogar:

“te voy a decir la verdad mis papás nunca nos dieron una costumbre de cepillarnos, nosotros lo vimos en la calle porque mi papá nunca nos enseñó a coger un cepillo, no me dieron costumbre de na” [E15]

Y reafirmó:

“nada nunca, yo lo aprendí fue en la calle” [E15]

En cuanto a prácticas tradicionales transmitidas en la familia, algunos mencionaron el uso de productos distintos a la crema dental:

“cuando no tenían el Colgate usaban era la sal, mojaban el cepillo y utilizaban la sal” [E1]

“aquí más que todo así cuando no hay crema nos cepillamos con soda o sal.” [E14]

“cuando no tengo Colgate me cepillo con bicarbonato o sal para limpiar” [E16]

Estos relatos muestran que el aprendizaje familiar puede actuar tanto como factor protector en la formación de hábitos, como también evidenciar ausencia de orientación, lo cual influye en la construcción posterior de prácticas de autocuidado.

5.3.5.2 Nivel educativo. El nivel educativo y la experiencia escolar aparecen como fuentes importantes de información sobre salud bucal.

Una entrevistada manifestó:

“yo ví, en el colegio, nos dieron bastante charla sobre los dientes, yo desde eso, yo he aprendido mucho que hay primero que todo cuidarnos los dientes” [E15]

Otro participante relató:

“si claro constantemente llegaban de Fonseca siempre venían un grupo de personas así como usted que saben de salud bucal y llegaban a dar la charla y incluso nos regalaban un kit a todos los alumnos un kit de higiene” [E16]

También señaló que esos aprendizajes permanecieron:

“con el tiempo eso se eliminó acá, pero lo que nos enseñaban quedaba grabado” [E16]
En otros casos, la educación formal fue mencionada de manera puntual:

“ah si, en 11 grado, pero fue como una brigada como de pason” [E13]

Sin embargo, algunos participantes reconocen conocimientos limitados sobre prevención:

“casi no, ninguna” [E13]

Asimismo, E16 describió su nivel de escolaridad de la siguiente manera:

“hasta once, ponme cuidado, si soy bachiller por qué me dieron el diploma por ventanilla, pero yo no termine” [E16]

Estos testimonios evidencian que la escuela y las brigadas de salud han sido espacios relevantes de transmisión de información; no obstante, la continuidad de estos procesos educativos no ha sido sostenida en el tiempo, según lo relatado por algunos participantes.

5.3.6 Necesidades percibidas

Las necesidades percibidas por las y los entrevistados se relacionan principalmente con el acceso oportuno a la atención odontológica y con la necesidad de mayor orientación en salud oral. Los participantes expresaron dificultades para acceder a citas, demoras en la atención, así como aprendizajes adquiridos principalmente en el entorno familiar o escolar. Estas percepciones permiten identificar vacíos tanto en la disponibilidad del servicio como en los procesos de educación en salud.

5.3.6.1 Disponibilidad del servicio. En relación con la disponibilidad del servicio odontológico, algunos participantes manifestaron dificultades asociadas a la demora en la asignación de citas:

“Toca esperar mucho para que le den una cita.” [E8]

“pero namas es una ves a la semana y solo dan 16 cupos para un pueblo.” [E1]

Asimismo, una participante refirió haber acudido al servicio de urgencias debido a la intensidad del dolor y la imposibilidad de esperar una cita programada:

“Tuve que ir por urgencias porque me dolía mucho en la madrugada.” [E2]

Estas expresiones evidencian que, para algunos entrevistados, la atención odontológica no siempre es oportuna, lo que los lleva a recurrir a servicios de urgencias cuando el dolor se intensifica.

Por otra parte, se identificaron experiencias vinculadas a la entrega de insumos en contextos educativos:

“nos regalaban un kit a todos los alumnos un kit de higiene.” [E16]

Esta intervención institucional fue percibida como un apoyo en el acceso a implementos básicos de higiene oral.

5.3.6.2 Educación en salud. En cuanto a la educación en salud, varios participantes señalaron que el aprendizaje sobre higiene oral provino principalmente del entorno familiar:

“cuando no tenían el Colgate usaban era la sal.” [E1]

“la soda, que es el bicarbonato y la sal.” [E2]

“cuando no hay crema nos cepillamos con soda o sal.” [E14]

“cuando no tengo Colgate me cepillo con bicarbonato o sal para limpiar.” [E16]

Estas expresiones muestran la transmisión intergeneracional de prácticas tradicionales como el uso de bicarbonato o sal, asociadas al “blanqueamiento” o a la ausencia de crema dental:

“porque blanquea la dentadura.” [E5]

Algunos participantes también manifestaron haber adquirido conocimientos fuera del ámbito formal:

“yo lo aprendí fue en la calle.” [E15]

En el contexto escolar, se identificaron acciones educativas orientadas a promover hábitos adecuados:

“uno debe cepillarse después de cada comida.” [E14]

“tres veces al día después de cada comida.” [E1]

Estas afirmaciones reflejan la apropiación de recomendaciones sobre frecuencia de cepillado, aunque su aplicación práctica varía entre los entrevistados.

5.3.7 Conceptos sobre salud oral

En los discursos de los participantes se identifican diferente concepto de salud bucal se construye principalmente desde la higiene, el aseo personal, la importancia funcional de los dientes y, en algunos casos, desde experiencias de enfermedad, pérdida dental o tratamientos previos. También se evidencia desconocimiento o respuestas breves que reflejan poca elaboración conceptual.

5.3.7.1 Estética. En algunos participantes la salud bucal se asocia con la apariencia de los dientes y el blanqueamiento.

“porque blanquea la dentadura” [E5]

“que el blanqueamiento” [E10]

“veo que no, no hace lo mismo que el bicarbonato y la sal que blanquean mas” [E2]

Asimismo, la importancia de mantener la dentadura limpia aparece vinculada a la imagen personal:

“mantener una dentadura limpia” [E5]

“tener una dentadura buena, limpia, cepillarse bien” [E7]

“quiero graduarme con una sonrisa bonita” [E13]

“me sentía mal olor en la boca... me sentía como incómoda” [E15]

“uno sin dientes pa comer es un chicharrón” [E20]

“no hay cosa más bonita que una sonrisa y una sonrisa sin dientes se ve maluco” [E16]

Estas expresiones muestran que para algunos participantes la salud oral está directamente relacionada con el color, la limpieza visible y la presentación de la dentadura.

También aparece la preocupación por tratamientos estéticos:

“Brackets” [E17]

“yo tenía Brackets y me los quite yo misma” [E19]

En [E16] se menciona, además:

“necesito un blanqueamiento por qué tengo una enfermedad en los dientes... se me ven así como manchosos”

Estas expresiones muestran que la estética dental, la sonrisa y la ausencia de mal olor son elementos centrales en la percepción de salud bucal.

5.3.7.2 Desconocimiento. En algunos participantes se evidencia desconocimiento explícito frente al concepto de salud bucal.

Algunos participantes manifestaron no tener claridad sobre el tema:

“no tengo conocimiento” [E3]

“no nada” [E4]

“no que lo normal, lo básico” [E10]

“pues no se” [E6]

“no, casi no, usted ahora que me acaba de orientar” [E14]

“nada, nunca” (sobre educación recibida) [E18]

“no” (ha recibido campañas) [E19]

En otros casos, aunque reconocen la importancia, no logran definir el concepto con claridad:

“bueno la salud, que será ve” [E3]

En [E19] se observa una atribución distinta frente a la causa de pérdida dental:

“eso es naturaleza de que uno los dientes se le pudran”

En [E18] se atribuye a factores externos:

“yo digo que es el agua”

Estas respuestas reflejan vacíos conceptuales, creencias personales o atribuciones no necesariamente relacionadas con la higiene.

5.3.7.3 Higiene. La higiene aparece como el eje central del concepto de salud oral en la mayoría de los entrevistados.

Algunos la definen directamente como cuidado y aseo:

“la salud bucal es muy importante uno cuidarse los dientes y tene siempre un aseo” [E2]

“tener el aseo primordialmente las tres veces” [E13]

“lo principal es tener una dentadura buena, limpia, cepillarse bien” [E7]

“la salud bucal es lo más importante la higiene en la dentadura” [E5]

“para mi primero que todo lavarse los dientes, usar el hilo dental, el enjuague bucal” [E10]

En relación con las causas de los problemas bucales, varios participantes las atribuyen a la falta de higiene:

“no cepillarse, el desaseo” [E2]

“yo digo que es la mala higiene” [E12]

“por la mala higiene de las personas” [E5]

“por qué uno no se cepilla, no se echa nada” [E7]

“las caries la mala higiene dental, no cepillarse” [E8]

“el mal uso, el mal higiene debe de ser” [E10]

“una mala higiene, des aseo” [E19]

En cuanto a la prevención, la mayoría la asocia con el cepillado frecuente:

“si, cepillarse tres veces al día, después de cada comida” [E2]

“el cepillarse uno” [E3]

“mantener una buena higiene” [E3]

“yo se que uno tiene que hacérsela tres veces al día, cepillarse tres veces al día” [E8]

“el cuidado lo tiene uno en cepillarse en la mañana, cuando desayuna, cuando almuerza y cuando come” [E5]

“dos veces una en la mañana y una en la tarde” [E18]

“3 veces al día o 4 veces” [E15]

La tradición familiar también influye en estas prácticas:

“bueno, por mis padres” [E2]

“tradición” [E3]

“eso no lo enseñó fue papa toda la vida que uno tiene que comer y cepillarse” [E7]

“prácticamente por la familia” [E6]

En los participantes entrevistados, el concepto de salud oral se construye principalmente desde la higiene diaria, el aseo y la limpieza visible de la dentadura. Sin embargo, se evidencia desconocimiento conceptual en algunos casos, donde los entrevistados manifiestan no tener claridad sobre qué es la salud bucal.

La estética, especialmente el blanqueamiento, aparece como un elemento relevante en la percepción de salud. Además, las prácticas tradicionales como el uso de bicarbonato, sal, limón y mezclas caseras continúan presentes como parte del cuidado cotidiano.

6. Discusión

El presente estudio cualitativo tuvo como propósito describir la percepción y las experiencias relacionadas con la salud bucal en familias residentes en la zona rural de Conejo, corregimiento de Fonseca. Este se ubica al sur del departamento de La Guajira, en la región Caribe colombiana. Esta zona se caracteriza por su localización rural y su cercanía a la Serranía del Perijá, lo que le otorga condiciones geográficas particulares, como un relieve montañoso y una diversidad de ecosistemas.

Conejo se encuentra relativamente distante de los principales centros urbanos del departamento, como Riohacha, capital departamental, lo que influye en su conectividad y acceso a servicios. Su ubicación en un entorno rural implica que gran parte de su territorio está conformado por viviendas dispersas y vías de acceso limitadas, principalmente carreteras secundarias.

Los hallazgos evidencian que las prácticas de higiene oral se conciben principalmente como parte del aseo cotidiano y del bienestar personal, más que como una estrategia técnica de prevención clínica. Aunque el cepillado constituye la práctica central y universal, su frecuencia y complejidad están condicionadas por factores económicos, laborales, rutinas diarias y nivel de apropiación de conocimientos preventivos, observándose variaciones en el uso de elementos complementarios como hilo dental y enjuague bucal.

Asimismo, persiste el uso de remedios caseros como sal, limón y bicarbonato, especialmente en contextos de escasez económica o falta de disponibilidad de crema dental, lo que evidencia la coexistencia entre saberes tradicionales y prácticas comerciales modernas. Estas conductas reflejan un modelo de autocuidado mixto, donde convergen acciones preventivas básicas con limitaciones técnicas y posibles riesgos para los tejidos dentales.

En cuanto al acceso a los servicios odontológicos, se identificaron barreras geográficas, económicas y estructurales relacionadas con la distancia a los centros urbanos, la intermitencia de profesionales y los costos directos e indirectos de la atención. Como resultado, la consulta odontológica suele postergarse hasta la aparición de dolor o urgencia, configurando una atención reactiva más que preventiva.

De manera complementaria, los factores socioculturales —como el aprendizaje familiar y el nivel educativo— influyen significativamente en la construcción de hábitos y en la percepción del cuidado bucal, evidenciándose diferencias entre quienes recibieron orientación desde la infancia y quienes adquirieron conocimientos de manera informal. En conjunto, estos resultados muestran que las prácticas y decisiones relacionadas con la salud bucal están determinadas por la interacción entre condiciones económicas, territoriales y culturales propias del contexto rural.

Los resultados del presente estudio son coherentes con lo reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) (IV estudio nacional de salud bucal, ENSAB IV, 2014), donde se evidencia que, aunque gran parte de la población colombiana refiere realizar cepillado diario, persisten deficiencias en la técnica y en la adopción de medidas preventivas complementarias. Este hallazgo se relaciona con lo encontrado en Conejo, donde la higiene oral es entendida como parte del aseo cotidiano, pero no como una práctica preventiva especializada, lo que limita su efectividad en la reducción de enfermedad bucal.

En cuanto a los determinantes económicos, el ENSAB IV ha señalado inequidades socioeconómicas en salud oral, evidenciando mayor prevalencia de caries no tratadas y menor acceso a servicios preventivos en personas con bajo nivel educativo y menores ingresos. Esta tendencia coincide con los testimonios recogidos en el estudio, donde el costo del transporte, los

copagos y las limitaciones laborales influyen directamente en la decisión de consultar o postergar la atención odontológica.

En relación con las barreras geográficas, estudios desarrollados en el departamento de Nariño han demostrado que el tiempo de desplazamiento y la distancia hacia centros urbanos constituyen obstáculos significativos para el acceso a servicios odontológicos, favoreciendo la consulta únicamente ante situaciones de urgencia.(Caicedo-Rosero & Estrada-Montoya, 2016)

De manera similar, investigaciones en el departamento del Tolima evidencian que la concentración de profesionales en cabeceras municipales y la necesidad de transporte hacia la capital departamental restringen la utilización de servicios preventivos. (Estrada & Reyes, 2021)Estos resultados respaldan lo identificado en la comunidad de Conejo, donde el traslado hacia Fonseca implica costos y tiempos que condicionan la búsqueda de atención, reforzando un modelo de atención reactivo centrado en el dolor.

A nivel internacional, investigaciones en comunidades rurales de India y Ecuador muestran que las prácticas tradicionales y los remedios caseros forman parte de las rutinas de cuidado bucal en contextos con acceso limitado a servicios formales.(Alocious Sukumar et al., 2025) Estos estudios señalan que dichas prácticas, aunque culturalmente arraigadas, no sustituyen la atención preventiva profesional y pueden asociarse con persistencia de enfermedad oral. (Curtis et al., 2017)Estos hallazgos guardan relación con lo encontrado en Conejo, donde el uso de remedios caseros constituye una estrategia de adaptación ante limitaciones económicas, evidenciando la influencia de saberes tradicionales en la construcción del autocuidado.

En conjunto, la evidencia científica confirma que las prácticas de higiene, el acceso a servicios y la adopción de medidas preventivas están profundamente influenciadas por determinantes sociales como la educación, la economía y la ubicación geográfica, lo que refuerza

la interpretación de que las desigualdades estructurales condicionan la salud bucal en comunidades rurales. (Nghayo et al., 2024)

Los hallazgos del presente estudio permiten comprender que la salud bucal en contextos rurales no puede analizarse únicamente desde una perspectiva clínica, sino como un fenómeno social determinado por condiciones estructurales, económicas y culturales. La concepción de la higiene oral como parte del aseo cotidiano, más que como una práctica preventiva técnica, evidencia una brecha entre el conocimiento biomédico y las representaciones locales del cuidado, lo cual sugiere la necesidad de fortalecer procesos educativos contextualizados que no solo transmitan información, sino que dialoguen con los saberes existentes en la comunidad.

Asimismo, la persistencia de prácticas tradicionales y remedios caseros no debe interpretarse exclusivamente como desconocimiento, sino como estrategias adaptativas frente a limitaciones económicas y barreras de acceso. Esto implica que las intervenciones en salud oral deben reconocer el componente cultural del autocuidado y promover alternativas seguras y accesibles, en lugar de deslegitimar las prácticas locales sin ofrecer soluciones viables.

Por otra parte, la predominancia de un modelo de atención reactivo, centrado en el dolor y la urgencia, refleja fallas estructurales en la garantía del acceso oportuno y continuo a servicios odontológicos en zonas rurales. Esta situación no solo incrementa el riesgo de enfermedad bucal no tratada, sino que perpetúa desigualdades en salud asociadas a la ubicación geográfica y al nivel socioeconómico. En este sentido, los resultados evidencian la necesidad de fortalecer la presencia institucional en territorios rurales mediante estrategias como brigadas periódicas, programas comunitarios de promoción y prevención, y mayor estabilidad del talento humano en salud.

Finalmente, este estudio aporta evidencia cualitativa contextualizada sobre la realidad de una comunidad rural específica de La Guajira, permitiendo visibilizar cómo los determinantes

sociales influyen en la construcción de prácticas y decisiones relacionadas con la salud bucal. Estos hallazgos contribuyen a la comprensión integral del fenómeno y pueden orientar el diseño de intervenciones con enfoque territorial, cultural y diferencial, ajustadas a las condiciones reales de la población.

El estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, al tratarse de una investigación cualitativa realizada en familias específicas del corregimiento de Conejo, los hallazgos no pueden generalizarse a otras poblaciones rurales, aunque sí permiten una comprensión profunda del contexto estudiado.

El difícil acceso al corregimiento representó un reto, debido a las condiciones geográficas, la dispersión de la población y las limitaciones en las vías. Esta situación pudo restringir el alcance del trabajo de campo y la diversidad de participantes, afectando potencialmente la amplitud de las perspectivas recolectadas.

Por otra parte, el trabajo de campo fue desarrollado por un investigador local, lo cual, si bien facilitó el acceso a la comunidad y la generación de confianza con los participantes, también pudo influir en la interpretación de los hallazgos. Por lo tanto, no se contó con una mirada externa que permitiera contrastar las percepciones desde un enfoque cultural distinto, lo que podría haber enriquecido el análisis mediante la identificación de elementos que, por su cotidianidad, pueden pasar desapercibidos para quienes hacen parte del mismo contexto sociocultural.

Asimismo, en algunos hogares solo fue posible entrevistar a un miembro de la familia, lo que pudo limitar la diversidad de perspectivas dentro del núcleo familiar.

Por otro lado, las condiciones propias del territorio, como la dispersión geográfica y las dificultades de acceso a algunas viviendas, pudieron limitar la cobertura y el tiempo destinado al

trabajo de campo, lo que representó un reto para la recolección de la información y el acercamiento continuo con las familias participantes.

Finalmente, la percepción de menores de edad o niños que hacen parte del núcleo familiar lo cual ayudaría ampliar la dinámica, ya que los adultos participantes tienen la posibilidad de dar respuestas adaptadas a la aceptación social mas no a una realidad.

6.1 Conclusiones

El presente estudio cualitativo permitió describir y comprender la percepción de la salud bucal en las familias residentes en la zona rural de Conejo, corregimiento de Fonseca, La Guajira, evidenciando que dicha percepción se construye principalmente desde una visión sintomática y curativa. Para la mayoría de los participantes, la salud bucal se asocia con la ausencia de dolor o molestias visibles, más que con un estado integral de bienestar, tal como lo propone la Organización Mundial de la Salud.

Se identificó que, aunque el cepillado dental forma parte de la rutina diaria en la mayoría de los hogares, existen limitaciones importantes en el conocimiento de técnicas adecuadas de higiene oral y en el uso complementario de implementos como la seda dental o el enjuague bucal. Las prácticas de cuidado se basan en saberes empíricos y experiencias transmitidas de generación en generación, lo que evidencia la necesidad de fortalecer procesos educativos contextualizados.

Asimismo, el acceso a los servicios odontológicos representa una de las principales barreras estructurales para el mantenimiento de la salud bucal en la comunidad. La distancia hacia centros urbanos, la limitada disponibilidad de atención en el corregimiento, las dificultades económicas y la asignación restringida de citas condicionan la consulta a situaciones de urgencia,

retrasando la atención preventiva y favoreciendo la progresión de enfermedades como caries y pérdida dental.

Los determinantes sociales como el nivel educativo, la situación económica, la historia de conflicto armado y el abandono institucional influyen de manera directa en la construcción de la percepción de salud bucal y en las decisiones relacionadas con el autocuidado. Se evidenció que las familias con mayores recursos económicos presentan conductas más preventivas, mientras que en contextos de mayor vulnerabilidad predominan prácticas básicas y consultas esporádicas.

Este estudio aporta conocimiento contextualizado sobre una población rural específica en la que no se habían desarrollado investigaciones cualitativas previas en salud bucal, permitiendo visibilizar experiencias, creencias y barreras que no siempre son captadas por estudios epidemiológicos cuantitativos.

Finalmente, la percepción de la salud bucal en Conejo está fuertemente mediada por condiciones sociales, económicas y geográficas, lo que hace indispensable el diseño de estrategias integrales de promoción, prevención y acceso equitativo a servicios odontológicos, adaptadas a las realidades culturales y estructurales del territorio.

6.2 Recomendaciones

- crear una política de salud para las poblaciones rurales.
- Tener en cuenta más estudios que se hagan en estas poblaciones.
- ir a hacer estudios cuantitativos donde se pueda mirar la prevalencia de algunas patologías.
- Promover la implementación de programas de promoción y prevención en salud bucal, enfocados en educación comunitaria, prácticas de higiene oral
- Fortalecer el acceso a servicios odontológicos en zonas rurales, mediante brigadas de salud o estrategias extramurales.

- Evaluación del acceso a insumos de higiene oral.
- Enfoque diferencial en cuidadores y niños

Referencias

- Alocious Sukumar, M. B., Mary Peter, R., & Joseph, A. (2025). Behind closed smiles: Understanding oral hygiene practices and treatment seeking behaviour among Irula Tribal population, Tamil Nadu -qualitative study. *Indian Journal of Community Medicine*, 50(6), 994–1000. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_366_24
- Bernabe, E., Marcenes, W., Hernandez, C. R., Bailey, J., Abreu, L. G., Alipour, V., Amini, S., Arabloo, J., Arefi, Z., Arora, A., Ayanore, M. A., Bärnighausen, T. W., Bijani, A., Cho, D. Y., Chu, D. T., Crowe, C. S., Demoz, G. T., Demsie, D. G., Forooshani, Z. S. D., ... Kassebaum, N. J. (2020). Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: A systematic analysis for the global burden of disease 2017 Study. In *Journal of Dental Research* (Vol. 99, Number 4, pp. 362–373). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/0022034520908533>
- Betsabé Molero, H. H. (2024, May 22). *Salud rural en Fonseca: sin atención diaria, equipos, ni personal médico permanente*. Consonante.Org. <https://consonante.org/noticia/salud-rural-en-fonseca-sin-atencion-diaria-equipos-ni-personal-medico-permanente/>
- Caicedo-Rosero, Á. V., & Estrada-Montoya, J. H. (2016). Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 146–174. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.bgas>
- César Chamorro, Ó. V. A. E. M. S. (2024, April 30). *Crisis del sistema de salud colombiano: un análisis urgente*. ucentral.edu.co. <https://www.ucentral.edu.co/noticentral/crisis-sistema-salud-colombiano-analisis-urgente>

- Chen, M. Y. (2018). Misperception of oral health among adults in rural areas: a fundamental but neglected issue in primary healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2187. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102187>
- Cortes, A., Ekstrand, K. R., Gamboa, L. F., González, L., & Martignon, S. (2017). Caries status in young Colombian children expressed by the ICCMSTM visual/radiographic combined caries staging system. *Acta Odontologica Scandinavica*, 75(1), 12–20. <https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1242154>
- Curtis, D. C., Ortega, F., Monar, J., Bay, R. C., Eckhart, S., & Thompson, P. (2017). Assessing self-reported oral health status of three andean indigenous communities in Ecuador. *Journal of International Oral Health*, 9(5), 207–212. https://doi.org/10.4103/jioh.jioh_164_17
- Díaz Cárdenas, S., Arrieta Vergara, K., Ramos Martínez Odontólogo Profesor Auxiliar, K., & Profesor Asistente, O. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Universidad de Cartagena*, 5(1), 9–16.
- Estrada, H., & Reyes, L. (2021). Barreras de acceso geográfico a los servicios de salud oral en el departamento del Tolima, Colombia1. *Tequío*, 12, 5–24.
- Eta Erakunde, A., & Saila, H. (n.d.). *Proceso participativo para la elaboración del plan de convivencia y diversidad de vitoria-gasteiz*.
- Fuente-Hernández, J. S.-M. Ó. S.-V. M. C. Z.-A. A. (2019). Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Redalyc.Org*, 29(Trabajo de investigación institucional.), 83–92.
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 1471–2288. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>

- GBD 2021 Oral Disorders Collaborators. (2025). Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. *Lancet (London, England)*, 405. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02811-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02811-3)
- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World dental federation opens the door to a universal definition of oral health. In *Journal of the American Dental Association* (Vol. 147, Number 12, pp. 915–917). American Dental Association. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001>
- Holve, S., Braun, P., Irvine, J. D., Nadeau, K., Schroth, R. J., Bell, S. L., Calac, D. J., Empey, A., Nadeau, K. J., Oski, J. A., Thierry, J. K., Weedn, A., Braun, P., Fisher-Owens, S., Huff, Q., Karp, J., Tate, A., Unkel, J., Krol, D., ... Fraser-Roberts, L. (2022). Early childhood caries in indigenous communities. In *Pediatrics* (Vol. 147, Number 6, p. 1542). American Academy of Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-051481>
- Informe_congreso_DANE_2021-2022*. (n.d.).
- IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV, Pub. L. IV, Minsalud 9 (2014).
- Management-Screening, D. and T. (2022). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. . *who.int*, 118–120. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
- Martínez, G., Delgado, A., & Tovar, C. (2013). La educación como determinante de la salud oral education as a determinant of oral health. *Univ Odontol*, 32(69), 115–121. <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Análisis de situación de salud Colombia 2022*.

- Nacional de Investigación Dental Craneofacial, I. (2023, November 1). *Las personas mayores y la salud oral*.
- Nghayo, H. A., Palanyandi, C. E., Ramphoma, K. J., & Maart, R. (2024). Oral health community engagement programs for rural communities: A scoping review. *PLoS ONE*, 19(2 February). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297546>
- Organizacion Mundial De La Salud. (2025). salud bucodental (OMS). In *who.int*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Osuh, M. E., Oke, G. A., Lilford, R. J., Osuh, J. I., Harris, B., Owoaje, E., Lawal, F. B., Omigbodun, A., Adedokun, B., & Chen, Y. F. (2024). Systematic review of oral health in slums and non-slum urban settings of low and middle-income countries (LMICs): disease prevalence, determinants, perception, and practices. *PloS One*, 19(11), 1–37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309319>
- Oviedo, J., Valencia, R., & Archila, M. (2022). *Informe de gestión del sector estadístico* (DANE).
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). Policy and practice the global burden of oral diseases and risks to oral health. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 83, Number 9).
- Revelo, A., Gutiérrez, A., Castro, N., & Muñoz, L. (2019). Salud bucodental para comunidades vulnerables y desplazadas de Popayán que viven en condiciones de pobreza. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45, 7–13. <https://orcid.org/0000-0003-3163-2556>
- Ruiz Garcia, L. A., Aguilera Rojas, S. E., & Dumit Mejia, M. (2023). Percepciones de nutrición y salud oral en la etnia Wayuu departamento de la Guajira. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 9848–9874. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5094

- Sabando, V., & Albala, C. (2019). Calidad de vida relacionada con salud oral y autopercepción de salud: encuesta nacional de calidad de vida y salud 2015-2016 en Chile. *Int. J. Odontostomat*, 13(3), 338–344.
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Universidad de San Martín de Porres*, 7–8.
- Salvi, G. E., Rocuzzo, A., Imber, J. C., Stähli, A., Klinge, B., & Lang, N. P. (2023). Clinical periodontal diagnosis. In *Periodontology 2000*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/prd.12487>
- Sälzer, S., Graetz, C., Dörfer, C. E., Slot, D. E., & Van der Weijden, F. A. (2020). Contemporary practices for mechanical oral hygiene to prevent periodontal disease. *Periodontology 2000*, 84(1), 35–44. <https://doi.org/10.1111/prd.12332>
- Santos Madrigal, N., Moreno-Altamirano, A., & Lara Flores, N. L. (2021). Caries y salud bucal, percepciones acerca de la enfermedad. *Revistaodontopediatria.Org*, 11(ARTÍCULO DE REVISIÓN). <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/255/272>
- Segura, I. M. (2012). Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud Barranquilla. *Repositorio.Unal.Edu.Co*.
- Segura, M., Pinto, R., & Barrera, L. (2012). Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud Barranquilla. *Repositorio.Unal.Edu.Co*, 180–187.
- Sinijärv, M., Olak, J., Murakas, R., & Runnel, R. (2024). Impact of self-perceived oral health and socio-economic factors on oral health-related behavior in Estonian adults. *Acta Odontologica Scandinavica*, 83, 522–530. <https://doi.org/10.2340/aos.v83.41902>

- Slayton, R. L., Urquhart, O., Araujo, M. W. B., Fontana, M., Guzmán-Armstrong, S., Nascimento, M. M., Nový, B. B., Tinanoff, N., Weyant, R. J., Wolff, M. S., Young, D. A., Zero, D. T., Tampi, M. P., Pilcher, L., Banfield, L., & Carrasco-Labra, A. (2018). Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: a report from the american dental association. *Journal of the American Dental Association*, 149(10), 837-849.e19. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2018.07.002>
- Torres, D., Bernal, M., Mendoza, M., & Rico, G. (2024, August 13). *Las ruralidades en Colombia: un camino abandonado*. Institutomerani.Edu.Co. <https://www.institutomerani.edu.co/icaro/excelencia/pag-2024/ciclo-proyectivo-las-ruralidades-en-colombia/>
- Trejos Rosero, L. F. (2019, June 9). *Conejo, ejemplo de posconflicto en La Guajira*. Lasillavacia.Com. <https://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-caribe/conejo-ejemplo-de-posconflicto-en-la-guajira/>
- Trohel, G., Bertaud-Gounot, V., Soler, M., Chauvin, P., & Grimaud, O. (2016). Socio-Economic determinants of the need for dental care in adults. *PLoS ONE*, 11(21), 11–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158842>
- Velosa-Porras, J., & Rodríguez Malagón, N. (2024). Prevalence and social determinants of periodontal disease in Colombian pregnant women. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 52(2), 207–216. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12916>
- Villamarín, M., & Rico, D. (2020). *Conejo - territorio de mil colores* (Editorial Universidad del Norte, Ed. & Tran.; 23rd ed.). Editorial Universidad del Norte.
- Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M. D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R. J., Mathur, M. R., Guarnizo-Herreño, C. C., Celeste, R. K., Peres, M. A., Kearns, C., & Benzian,

- H. (2019). Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*, 394(10194), 261–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X)
- Wiener, R. C., Waters, C., & Bhandari, R. (2024). A theory of oral healthcare decision-making in appalachia. *PLoS ONE*, 19(5 May), 11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303831>
- World Health Organization: WHO. (2025, March 17). *Salud bucodental*. Who.Int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Yousaf, M., Aslam, T., Saeed, S., Sarfraz, A., Sarfraz, Z., & Cherrez-Ojeda, I. (2022). Individual, family, and socioeconomic contributors to dental caries in children from Low- and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7114. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127114>
- Zero, D. T., Fontana, M., Martínez-Mier, E. A., Ferreira-Zandoná, A., Ando, M., González-Cabezas, C., & Bayne, S. (2009). The biology, prevention, diagnosis and treatment of dental caries. *The Journal of the American Dental Association*, 140, 25S-34S. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2009.0355>
- Zhang, M., Liu, Y., Afzali, H., & Graves, D. T. (2024). An update on periodontal inflammation and bone loss. In P. Chaves (Ed.), *Frontiers in Immunology* (Vol. 15, p. 11). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1385436>
- Zhimin Xie, M., Xuegong Gao, B., Jiefeng Wang, B., & Youling Guo, B. (2024). Influence of Educational Background on Untreated Dental Caries and Gingival Bleeding. <https://Alternative-Therapies.Com/>, 8(ARTÍCULO DE REVISIÓN), 208–212. <https://alternative-therapies.com/oa/index.html?fid=9886>

Zhimin Xie, M., Youling Guo, B., Xuegong Gao, B., & Jiefeng Wang, B. (2024, July 30).

Influence of educational background on untreated dental caries and gingival bleeding.

Pubmed.Ncbi. <https://alternative-therapies.com/oa/index.html?fid=9886>

Apéndices

Apéndice A. *Percepción general de la salud oral*

- ¿Qué significa para usted tener buena salud oral?
- ¿Qué tan importante considera la salud oral comparado con otros aspectos de la salud?

Conocimiento y creencias

- ¿Qué cree usted que causa los problemas de salud oral?
- ¿Conoce algunas formas de prevenir los problemas dentales?
- ¿De dónde obtiene la información sobre salud oral (familia, médicos, medios, tradición)?

Prácticas de cuidado oral

- ¿En qué momentos del día se cepilla los dientes y que elementos usa para esto?
- ¿Qué hábitos de higiene bucal tiene usted?
- ¿Con qué frecuencia acude al odontólogo?
- ¿Qué productos o remedios caseros utilizan para cuidar la salud oral?

Acceso a servicios de salud oral

- ¿Existen servicios de salud dental al que pueda acceder fácilmente?
- ¿Qué dificultades encuentra para acudir al odontólogo?
- ¿Ha recibido educación o campañas de prevención sobre salud oral?

Factores culturales y sociales

- ¿creencias o costumbres en su familia que influyen en el cuidado de la salud oral?
- Sugerencias y necesidades
- ¿Qué cree que se debería mejorar en el corregimiento para tener mejor salud oral?
- ¿Qué tipo de ayuda o recursos serían más útiles para ustedes, con el fin de mantener una salud bucal óptima?

Apéndice B. Documento De Consentimiento Informado

Nombre del Estudio:	"Percepción de la salud bucal en familias de zonas rurales en Conejo (corregimiento de Fonseca, La Guajira)"
Patrocinador del Estudio / Fuente Financiamiento	Isabela Andrea Carrillo Gutiérrez Teléfono: 3024290628 Correo: isabelaandrea.carrillo@ustabuca.edu.co Alexander Romero Gómez Teléfono:3227787539 Correo: alexander.romero@ustabuca.edu.co
Investigador Responsable:	Isabela Andrea Carrillo Gutiérrez. Teléfono: 3024290628 Correo: isabelaandrea.carrillo@ustabuca.edu.co Alexander Romero Gómez. Teléfono:3227787539. Correo: alexander.romero@ustabuca.edu.co Directora: Andrea Johanna Almario Barrera, Magíster en Odontología. Teléfono:3134600566 correo: andrea.almario@ustabuca.edu.co Codirectora: Gloria Cristina Aránzazu Moya, Magíster en Epidemiología Clínica y Patología Oral. Teléfono:3168276105 correo: gloria.aranzazu@ustabuca.edu.co
Depto/UDA	División Ciencias de la Salud, Facultad de Odontología, Universidad Santo Tomás Seccional Bucaramanga

Usted y/o su hijo(a) está siendo invitado a participar como voluntario(a) en la investigación titulada “Percepción de la salud oral en familias de zonas rurales en Conejo (corregimiento de Fonseca, La Guajira)”

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión informada sobre su participación.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las

preguntas que desee al investigador principal o a sus coinvestigadores. Este estudio está siendo financiado por, Isabela Andrea Carrillo Gutiérrez y Alexander Romero Gómez

Después de recibir las aclaraciones e informaciones, si usted Acepta ser parte del estudio, firme al final de este documento. Aclaro que, en caso de negarse a participar, Ud. No será penalizado de forma alguna. Sin embargo, si acepta participar, las dudas sobre la investigación serán aclaradas por los responsable Isabela Andrea Carrillo Gutiérrez o Alexander Romero Gómez

vía correo electrónico, isabelaandrea.carrillo@ustabuca.edu.co, alexander.romero@ustabuca.edu.co. o vía telefónica a través del siguiente contacto 3024290628, 3227787539 Si persisten inquietudes sobre sus derechos como participante de esta investigación, Ud. Puede contactar al comité de ética, bioética e integridad científica de la Universidad Santo Tomás, a través del correo, sgdp.ustabucaramanga@ustabuca.edu.co.

Informaciones importantes sobre la investigación

Objetivos y justificación: La presente investigación tiene como objetivo general **caracterizar la percepción y experiencias sobre la salud bucal en las familias que residen en la zona rural del corregimiento de Conejo, en el municipio de Fonseca, La Guajira, durante el año 2025.** Se propone como objetivos específicos: (1) caracterizar el concepto que tienen las familias sobre la salud bucal, incluyendo hábitos y prevención de enfermedades; (2) describir sus prácticas cotidianas en el cuidado de la salud oral; y (3) explorar las creencias y obstáculos socioculturales que influyen en este aspecto. La investigación es importante porque permite entender cómo las condiciones sociales, culturales

y geográficas afectan la salud bucal en comunidades rurales, lo cual podría contribuir al diseño de estrategias más pertinentes de promoción y prevención en salud oral.

Métodos y su descripción detallada: Este estudio utiliza un enfoque **cualitativo etnográfico**, que busca comprender cómo las familias del corregimiento de Conejo perciben y experimentan la salud bucal en su vida cotidiana. Para ello, se llevarán a cabo **entrevistas a profundidad** con personas adultas de estas familias, seleccionadas mediante un muestreo en bola de nieve, hasta alcanzar la saturación teórica.

Las entrevistas serán grabadas en **audio**, si el participante lo permite, para facilitar su análisis. También se podrían tomar **fotografías** si el participante accede. Estos materiales servirán exclusivamente como apoyo para el análisis e ilustración de los resultados académicos. Antes de firmar este consentimiento, cada persona podrá decidir libremente sobre el uso de su imagen y voz:

() *Permito la divulgación de mi imagen en los resultados de la presente investigación.*

() *No permito la divulgación de mi imagen en los resultados de la presente investigación.*

() *Autorizo la grabación de mi voz y la transcripción de los audios*

() *No autorizo la grabación de mi voz y la transcripción de los audios.*

Procedimientos: *para ejecutar en la investigación* Los participantes serán contactados y entrevistados en un lugar tranquilo y seguro dentro de su comunidad, en el momento que ellos elijan. Las entrevistas, de tipo individual, tendrán una duración aproximada de **30 a 60 minutos**. Las preguntas serán abiertas y estarán dirigidas a conocer sus experiencias, prácticas, conocimientos y creencias en torno a la salud bucal. En ningún momento se aplicarán exámenes clínicos, ni se realizarán procedimientos odontológicos.

riesgos y beneficios: No se prevén riesgos físicos. Existe un riesgo mínimo de malestar emocional al abordar experiencias personales, pero se garantiza que el participante podrá interrumpir o finalizar la entrevista en cualquier momento sin justificación ni consecuencias. Se creará un ambiente de respeto y escucha activa. Aunque no se recibirán beneficios económicos ni atenciones clínicas, la participación contribuye al conocimiento sobre las condiciones y necesidades en salud bucal de comunidades rurales, lo cual puede influir en futuras acciones de salud pública que beneficien a la población.

Costos por la participación en la investigación: La participación en este estudio no representa ningún costo económico para el participante. Tampoco se ofrecerán incentivos económicos, ya que se trata de una participación voluntaria con fines académicos.

Privacidad y confidencialidad: La información suministrada será tratada de manera **estrictamente confidencial**. Los nombres reales de los participantes no aparecerán en ninguna publicación o informe. Las grabaciones, fotografías o videos (si son autorizados) se emplearán **solo con fines académicos y científicos**. En caso de ser necesarios para exposiciones,

publicaciones o presentaciones, se aplicarán técnicas de **anonimización**, como distorsión de voz o imagen, para proteger la identidad de los participantes.

Voluntariedad: La participación en esta investigación es completamente **voluntaria**. El participante tiene el derecho de negarse a participar en la investigación o retirar su consentimiento en cualquiera de sus fases, sin consecuencia alguna. Igualmente, garantía expresa de libertad del participante de negarse a responder preguntas que le ocasionen incomodidad durante la realización de entrevistas y cuestionarios abiertos.

8. Almacenamiento en banco de datos, para **investigaciones futuras**:

a. **Justificación:** Los datos recolectados podrán ser almacenados en un banco de datos académico, con el fin de facilitar nuevas investigaciones relacionadas con salud bucal en comunidades rurales. Esto permitirá aprovechar la riqueza de los testimonios para futuras reflexiones científicas.

b. **Consentimiento:** El participante podrá decidir si autoriza o no la conservación de su información para estos fines, la limitación temporal establecido en la Ley 1581 de 2012 y fortaleciendo la transparencia hacia el participante sobre el ciclo de vida de su información. .

c. **Declaración:** Cualquier futura investigación que utilice esta información será presentada para aprobación del **Comité de Ética, Bioética e Integridad Científica de la Universidad Santo Tomás**, asegurando siempre el respeto por la confidencialidad y los derechos de los s
20participantes.

Declaración de consentimiento

Se me ha explicado el propósito de esta investigación en ciencias sociales y humanas, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.

Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante su ejecución y que pueda tener importancia directa para mi bienestar.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.

Conozco que se protegerán mis datos personales y no serán divulgados, según la ley estatutaria 1581 de 2012 (**octubre 17**) reglamentada parcialmente por el decreto nacional 1377 de 2013, **por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.**

Firmas

Participante: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Investigador: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Director: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

HUELLA:

Espacio reservado para el investigador:

Como investigador principal del proyecto _____ me comprometo a guardar la identidad del participante _____. Acepto su derecho a conocer los resultados obtenidos a partir de entrevistas y cuestionarios y a retirarse del estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a manejar y divulgar los resultados de este estudio acorde con la normatividad vigente (Resolución 8430 de 1993; Ley Estatutaria 1581 de 2012; Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (ajustar la normatividad de acuerdo con las características del proyecto)).

Política de uso de datos personales

“ la Universidad Santo Tomas Seccional Bucaramanga, como institución de Educación Superior, entidad sin ánimo de lucro, identificada con NIT 860.012.357-6 (en adelante LA

UNIVERSIDAD), en cumplimiento de lo previsto en el Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la ley 1581 de 2012 y actuando en

su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos, solicita su autorización para que, de manera previa, expresa, libre, y debidamente informada, permita dar tratamiento a los datos personales de identificación, contacto, información académica, que suministra a través de la presente plataforma electrónica. Nuestra Política de Tratamiento de la Información Personal puede ser consultada en la página web: www.ustabuca.edu.co y sus derechos como titular de datos personales podrán ser ejercidos por medio del correo electrónico: sgdp.ustabucaramanga@ustabuca.edu.co.”