

INVESTIGACIÓN
ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS
SOBRE PATOLOGÍAS ORALES EN ADULTOS DE UNA INSTITUCIÓN DE BAJA
COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE CALI PARA EL DISEÑO DE UN PLAN DE
MEJORA DE ATENCIÓN

MARIANA HURTADO CHAVARRIAGA



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD,
SANTIAGO DE CALI
2025

INVESTIGACIÓN

ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS SOBRE PATOLOGÍAS ORALES EN ADULTOS DE UNA INSTITUCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE CALI PARA EL DISEÑO DE UN PLAN DE MEJORA DE ATENCIÓN

MARIANA HURTADO CHAVARRIAGA

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de
Magíster en Gerencia de Organizaciones de Salud.**

**Directora del trabajo de grado:
Bertha Lucía Varela Rojas**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD,
SANTIAGO DE CALI
2025**

Santiago de Cali, 30 de mayo de 2025.

Doctor
FABIÁN FERNANDO OSORIO TINOCO
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
Santiago de Cali.

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es **“ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS SOBRE PATOLOGÍAS ORALES EN ADULTOS DE UNA INSTITUCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE CALI PARA EL DISEÑO DE UN PLAN DE MEJORA DE ATENCIÓN”**.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



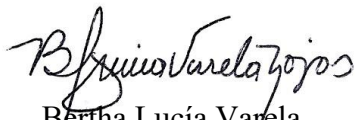
Mariana Hurtado Chavarriaga
CC 1.107.073.878

Santiago de Cali, 30 de mayo de 2025.

Doctor
FABIÁN FERNANDO OSORIO TINOCO
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
Santiago de Cali

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado **“ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS SOBRE PATOLOGÍAS ORALES EN ADULTOS DE UNA INSTITUCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE CALI PARA EL DISEÑO DE UN PLAN DE MEJORA DE ATENCIÓN”**, realizado por la estudiante de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana, Mariana Hurtado Chavarriaga, identificada con cédula de ciudadanía **1.107.073.878**, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente



Bertha Lucía Varela

Director del Trabajo de Grado.

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

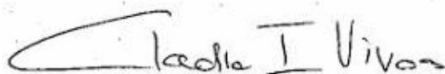
“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia en Organizaciones de Salud.

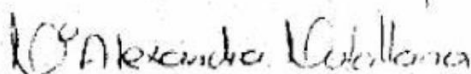
"INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN CONSULTAS ODONTOLÓGICAS SOBRE PATOLOGÍAS ORALES EN ADULTOS DE UNA INSTITUCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE CALI PARA EL DISEÑO DE UN PLAN DE MEJORA DE ATENCIÓN." Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora Maestría en Gerencia
de Organizaciones en Salud.



Maria Alexandra Matallana
Jurado



Bertha Lucia Varela Rojas
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 21 julio de 2025

Dedicatoria

Con profundo agradecimiento, dedico esta tesis a mis padres: Pedro José Hurtado y Victoria Chavarriaga, por ser mi roca y por su apoyo incondicional que hizo posible cada paso de esta meta; a mi tutora Bertha Varela, por su paciencia infinita, comprensión y por guiarme en este último paso de este proyecto; a mi gran amigo Juan David Hernández que, con su apoyo, fue parte fundamental para alcanzar este sueño con propósito. Este logro es un reflejo de su fe en mí y un homenaje a su creencia en el poder transformador de la educación.

Agradecimientos

A la subgerencia científica y al comité de ética de la red de salud del oriente por la colaboración para el desarrollo del proyecto, y nuevamente a mis padres, a mi tutora, a mis colegas Faisury Torijano, Paola Cabezas, Kelly García y Harold Gil, a mis compañeros de la maestría, por hacer este camino llevadero.

Tabla de contenido

Resumen y palabras clave	11
Glosario	17
1. Introducción	20
2. Planteamiento del problema	22
3. Justificación	24
4. Objetivos	26
4.1 .Objetivo general	26
4.2 Objetivos específicos	26
5. Marco de referencia	27
5.1. Antecedentes	27
5.1.1. Antecedentes internacionales	27
5.1.2. Antecedentes nacionales	28
5.1.3. Antecedentes locales	29
5.2. Marco teórico	30
5.2.1. Salud oral	30
5.2.2. Patologías orales prevalentes e impacto clínica y social	31
5.2.3. Ansiedad y dolor en la consulta odontológica	32
5.2.4. Experiencias odontológicas negativas y su impacto en la deserción	32
5.2.5. Calidad en salud: modelos, principios y gestión gerencial	33
5.2.6. Costos de la no calidad: impacto institucional y prevención oportuna.	34
5.3. Marco contextual	34
6. Metodología	36
6.1. Enfoque de la investigación	36
6.2. Diseño de la investigación	36
6.3. Población de la investigación	37
6.4. Instrumentos de recolección de datos	37
6.5. Análisis de datos	38
6.5.1. Análisis cuantitativo	38
6.5.2. Análisis cualitativo	38
6.6. Plan de mejora	39
6.7. Consideraciones éticas	40
6. Resultados y discusiones	41
6.1. Datos sociodemográficos	42
6.2. Hábitos de asistencia odontológica	43
6.3. Experiencias en visitas al odontólogo	48
6.4. Sugerencias y satisfacción de los servicios	53

7. Propuesta de mejora	58
8. Conclusiones y recomendaciones	63
Referencias	66
Anexos	70

Resumen

Esta investigación analiza las experiencias odontológicas negativas vividas por adultos en una institución de baja complejidad en la ciudad de Cali, con el fin de diseñar un plan de mejora enfocado en el diagnóstico oportuno y la atención preventiva. A partir de un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), se identificaron factores emocionales, estructurales y comunicativos que inciden en la deserción del tratamiento odontológico. Entre los hallazgos, destacan la alta prevalencia de ansiedad, el malestar frente a los ruidos e instrumentos clínicos, y la percepción de un trato despersonalizado. El estudio propone estrategias realistas y sostenibles centradas en el paciente para mejorar la experiencia del servicio, reducir la deserción y fortalecer el enfoque preventivo en salud oral.

Abstract

This research analyzes negative dental experiences reported by adult patients in a low-complexity healthcare institution in Cali, Colombia, aiming to design an improvement plan focused on timely diagnosis and preventive care. Using a mixed-methods approach (quantitative and qualitative), the study identified emotional, structural, and communication-related factors that influence treatment dropout. Key findings include high levels of anxiety, discomfort with clinical instruments and noises, and a perceived lack of personalized care. The study proposes patient-centered, realistic, and sustainable strategies to enhance service experience, reduce treatment abandonment, and strengthen preventive oral health care.

Palabras clave:

Salud oral, ansiedad dental, experiencia del paciente, atención preventiva, calidad en salud, deserción odontológica, instituciones de baja complejidad.

Keywords:

Oral health, dental anxiety, patient experience, preventive care, healthcare quality, dental dropout, low-complexity institutions.

Índice de tablas

Tabla 1	Líneas estratégicas del plan	59
Tabla 2	Cronograma de implementación	61
Tabla 3	Indicadores de seguimiento y evaluación	61

Índice de figuras

Figura 1	Distribución por comuna de los participantes del estudio	42
Figura 2	Distribución de los participantes del estudio por barrio de residencia	43
Figura 3	¿Está en tratamiento odontológico al momento de la encuesta?	44
Figura 4	Distribución por rango de edad para la primera visita al odontólogo	45
Figura 5	Distribución de los participantes del estudio para la pregunta sobre la frecuencia de visitas al odontólogo	46
Figura 6	Distribución de los participantes respecto a la pregunta sobre el motivo de la consulta más reciente al odontólogo	47
Figura 7	Resultados de la pregunta respecto a las sensaciones de los participantes durante las consultas odontológicas	48
Figura 8	Resultados de la pregunta a los encuestados sobre si han pospuesto las visitas al odontólogo debido a las sensaciones durante la consulta	50
Figura 9	Aspectos que generan incomodidad en los encuestados respecto a la consulta odontológica	51
Figura 10	Resultados de la encuesta a los participantes respecto a su nivel de agrado al asistir a la consulta odontológica.	51
Figura 11	Medidas que, según los encuestados, ayudarían a mejorar la experiencia durante la consulta odontológica	54
Figura 12	Expectativas de los encuestados frente al odontólogo durante la consulta	54
Figura 13	Nivel de satisfacción de los encuestados con el servicio	55

Índice de anexos

Anexo A	Modelo de consentimiento informado	66
----------------	------------------------------------	----

Información general

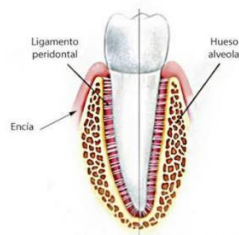
Título de la propuesta	Impacto de las experiencias negativas en consultas odontológicas sobre la deserción y la prevención de patologías orales en adultos atendidos una institución de baja complejidad en la ciudad de Cali.		
Estudiantes	Mariana Hurtado Chavarriaga	correo	marianahurtado31@javerianacali.edu.co
Grupo o línea investigación	Investigación mixta.		
Fecha de preparación	26 de julio del 2024		

- **Glosario**

1. **Hueso alveolar/alveolo dental:** Estructura o cavidad ósea en donde se alojan las raíces de los dientes.



2. **Ligamento periodontal:** Es un tejido conectivo que une los dientes al hueso alveolar. Su función principal es transmitir las fuerzas de masticación al hueso, protegiendo los dientes de la fractura.



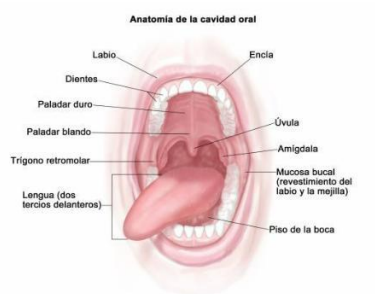
3. **Placa bacteriana:** Es la acumulación excesiva sobre la superficie oral de microorganismos procedentes de la flora digestiva. Es una capa prácticamente imperceptible de textura gelatinosa que se pega a los dientes.



4. **Atención preventiva:** Modelo de cuidado enfocado en la detección temprana, promoción de la salud oral y educación para evitar enfermedades bucodentales.
5. **Bacterias periodonto patógenas:** Microorganismos responsables de causar enfermedades periodontales como la gingivitis o la periodontitis, entre ellas *Porphyromonas gingivalis* o *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*.
6. **Caries:** Enfermedad multifactorial que destruye progresivamente los tejidos dentales como resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en la placa dental.



7. **Cavidad oral:** Espacio anatómico de la boca que incluye dientes, encías, lengua, paladar y mucosa oral.



8. **Exodoncia:** procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae un diente de la cavidad oral.
9. **Odontofobia:** miedo intenso, persistente e irracional hacia la atención odontológica, que puede afectar la asistencia a consultas y el estado de salud bucal.
10. **Operatoria dental:** Rama de la odontología que se encarga de restaurar la función, estética y anatomía de los dientes afectados por caries u otros daños.
11. **Periodontitis:** enfermedad inflamatoria crónica que afecta los tejidos de soporte del diente y puede llevar a la pérdida de las piezas dentales si no se trata adecuadamente.



1. Introducción

La odontología, como parte esencial de las ciencias de la salud, desempeña un papel principal en el bienestar integral de las personas. Esta área no se limita a restaurar funciones biológicas, sino que incide en dimensiones estéticas, sociales y emocionales que impactan directamente en la calidad de vida. No obstante, las enfermedades bucodentales siguen siendo una de las condiciones crónicas más extendidas alrededor de todo el mundo, afectando a más de 3.500 millones de personas y generando una carga económica, funcional y emocional comparable a la de patologías como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares.

A pesar de que la mayoría de las enfermedades orales se pueden prevenir, en Colombia hay una alta prevalencia de caries, periodontitis y edentulismo, todas estas asociadas también a la limitada cobertura preventiva y al abandono prematuro de los tratamientos. El IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) reveló que más del 60% de los adultos presentan enfermedades periodontales, y que la mayoría de las consultas odontológicas se realizan por urgencias, lo que evidencia una cultura del tratamiento reactivo más que preventivo.

Las experiencias negativas durante las consultas odontológicas son uno de los factores que inciden en la decisión de continuar o no el proceso odontológico. El miedo, la ansiedad, la percepción de maltrato, el nivel de empatía del personal y las condiciones físicas del entorno pueden condicionar a los usuarios para seguir con sus tratamientos o incluso para acudir por primera vez. Esta situación se agrava en instituciones de baja complejidad, donde los recursos estructurales y humanos suelen ser limitados, lo que podría intensificar la percepción de baja calidad y distancia entre el usuario y el servicio.

Algunos estudios como Bedoya et al. (2016) y Mena et al. (2020) han evidenciado que estas experiencias no se presentan como casos aislados, sino que responden a posibles patrones

sistemáticos que afectan la adherencia al tratamiento, la satisfacción del usuario y la efectividad clínica. A su vez, impactan en los indicadores institucionales de continuidad del servicio, cobertura de promoción y sostenibilidad financiera.

En ese sentido, este estudio pretende comprender las experiencias odontológicas negativas desde la perspectiva del usuario, como base para diseñar estrategias de mejora que optimicen el servicio y que fortalezcan la relación entre el paciente y la institución.

Para lo anterior, el documento se estructura en cinco apartados. El primero desarrolla la introducción y el planteamiento del problema. El segundo presenta la justificación y los objetivos. El tercer capítulo expone el marco referencial, teórico y contextual que sustenta el análisis. El cuarto describe detalladamente la metodología empleada, y el quinto presenta los resultados, la discusión y la propuesta de mejora institucional.

2. Planteamiento del problema

La salud bucal se entiende como la capacidad de masticar, hablar, sonreír y socializar sin dolor ni enfermedad; es un componente fundamental del bienestar general (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Sin embargo, las enfermedades bucodentales hoy en día siguen siendo una de las condiciones crónicas más prevalentes y desatendidas a nivel mundial, afectando a más de 3.500 millones de personas, de las cuales una proporción significativa reside en países de ingreso medio y bajo. Estas patologías no solo generan dolor y pérdida funcional, sino que están asociadas a complicaciones sistémicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes e incluso partos prematuros (Watt, 2020).

El impacto económico también es considerable: según la OMS (2022), los costos directos e indirectos de las enfermedades orales superan los 710 mil millones de dólares anuales, debido tanto a la atención como a la pérdida de productividad. Esta carga se agrava en sistemas de salud como el colombiano, donde la atención odontológica, especialmente en instituciones de baja complejidad, enfrenta múltiples limitaciones estructurales, administrativas y de acceso.

En Colombia, el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, Ministerio de Salud, 2020) reportó que más del 60 % de los adultos presenta enfermedad periodontal, y que el 85 % ha perdido al menos una pieza dental, cifras que reflejan una atención tardía y deficiente. Además, gran parte de los tratamientos son iniciados, pero no concluidos, lo que afecta la continuidad del cuidado, aumenta el riesgo de complicaciones y compromete la eficacia de los recursos invertidos.

Uno de los factores clave que explican el abandono del tratamiento odontológico es la experiencia subjetiva del paciente. Estudios como los de Bedoya, Romero y Villada (2016), y Mena et al. (2020), han documentado que percepciones negativas como el maltrato, la falta de empatía, el miedo al dolor, la incomodidad con el entorno clínico o la escasa comunicación del

personal impactan directamente en la adherencia. Estas experiencias, aunque en muchos casos normalizadas, generan una ruptura en la confianza entre el usuario y el sistema de salud, lo que conduce a la deserción o al uso exclusivo del servicio en situaciones de urgencia.

En la institución donde se desarrolló este estudio, se ha observado un patrón de deserción frecuente en los tratamientos odontológicos, especialmente en adultos. Sin embargo, no existe un diagnóstico claro sobre las causas que explican este comportamiento, ni sobre las formas en que dichas experiencias pueden estar incidiendo en el acceso, la percepción de calidad o el compromiso del usuario con su propia salud bucal.

De ahí la necesidad de comprender las experiencias negativas de los usuarios desde sus propias voces, no solo para diagnosticar las debilidades del servicio, sino también para generar rutas de acción que permitan fortalecer el vínculo entre paciente e institución. Este estudio busca aportar a esa comprensión, integrando datos cuantitativos y cualitativos con el propósito de orientar el diseño de un plan de mejora enfocado en el diagnóstico oportuno y la atención preventiva.

Ante lo mencionado, surge la siguiente pregunta: ¿Qué experiencias negativas viven los adultos en consultas odontológicas en una institución de baja complejidad en Cali, y cómo pueden estos hallazgos orientar un plan de mejora en la atención?

3. Justificación

Este trabajo surge de la necesidad de comprender y visibilizar las experiencias odontológicas negativas de pacientes adultos atendidos en una institución de baja complejidad en la ciudad de Cali. En Colombia, a pesar del alto impacto de las enfermedades bucales en la salud general, la salud oral representa menos del 10 % del gasto total en salud, requiriendo una reestructuración de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de entre el 7 % y el 9 % para una cobertura adecuada (Otálvaro et al., 2019). El acceso a servicios odontológicos continúa siendo limitado, especialmente en población vulnerable, lo cual se ve reflejado en las cifras de cobertura y en la baja frecuencia de visitas preventivas. Según el informe sobre suficiencia de la UPC, la cobertura de primera vez en servicios odontológicos no supera el 20% y la atención representa entre el 4 y el 6% del valor total de la unidad de pago (Ministerio de Salud, 2023).

Por tanto, resulta urgente implementar estrategias orientadas a mejorar la experiencia del paciente, reducir la ansiedad, aumentar la satisfacción y fortalecer el enfoque preventivo en la atención. Estas acciones no solo impactan positivamente la salud oral de la población, sino que también contribuyen a la sostenibilidad del sistema de salud. Hoy en día, la atención odontológica sigue siendo percibida por muchos usuarios como distante, dolorosa o despersonalizada, por lo que es urgente explorar qué factores están afectando la continuidad del tratamiento y la relación de los pacientes con el servicio.

Desde lo teórico, el estudio hace una contribución al conocimiento sobre la experiencia del usuario en servicios de salud bucal, un aspecto que ha sido tradicionalmente subestimado frente a indicadores más técnicos como cobertura o número de consultas realizadas. Aunque existen estudios sobre calidad percibida en salud, son pocos los que abordan de forma integral las

emociones, expectativas y causas de abandono del tratamiento desde la voz directa de los usuarios, y menos aun los que proponen líneas de mejora concretas basadas en esa evidencia.

En términos prácticos, la investigación es un insumo útil para las instituciones de salud que buscan mejorar la calidad de la atención odontológica desde una perspectiva centrada en el paciente. Los resultados permiten identificar tendencias de incomodidad, desconfianza y percepción de maltrato que, aunque sutiles o normalizados, afectan de forma directa la adherencia al tratamiento y la percepción general del servicio. A partir de esta caracterización, el trabajo propone líneas de acción orientadas al fortalecimiento del diagnóstico oportuno y la promoción de una atención preventiva más humana, sensible y continua.

Finalmente, en cuanto a lo metodológico, el estudio combina cuantitativos y cualitativos obtenidos a partir de una encuesta diseñada y aplicada directamente en el entorno institucional, sin mediaciones tecnológicas que distorsionen la experiencia. La sistematización de los datos permite mapear tendencias, y detallar el trasfondo emocional de los usuarios a través de categorías interpretativas que emergen desde sus propias palabras. Esto le otorga al estudio una perspectiva más cercana y útil para el diseño de estrategias institucionales.

4. Objetivos

○ 4.1. Objetivo general

Analizar las experiencias odontológicas de personas mayores de 18 años que acuden a una institución de baja complejidad en la ciudad de Cali para el diseño de un plan de mejora orientado al fortalecimiento del diagnóstico oportuno y la atención preventiva en la institución.

○ 4.2 Objetivos específicos

1. Describir las experiencias odontológicas de los usuarios que acuden a la institución, con base en sus percepciones sobre el acceso, la atención y los resultados obtenidos.
2. Caracterizar las barreras institucionales, emocionales y sociales percibidas por los usuarios que dificultan la continuidad del tratamiento odontológico.
3. Diseñar un plan de mejora institucional que fortalezca el diagnóstico oportuno y promueva la atención preventiva, con base en los hallazgos del análisis.

- **5. Marco de referencia**

A continuación, se presentará el marco de referencia, el cual está compuesto por los antecedentes que, en razón del contexto investigativo, nos permite definirlos desde el punto de vista internacional, nacional y local; posterior al marco referencial se presentará un marco teórico, en el cual y de una manera consecutiva se presentarán los conceptos más relevantes en el desarrollo del trabajo y, para finalizar, se mostrará el marco contextual en relación al área de desarrollo de la investigación.

- **5.1. Antecedentes**

- 5.1.1. Antecedentes internacionales***

En el ámbito internacional, diversos estudios han demostrado que la experiencia del paciente durante la atención odontológica tiene un papel determinante en la continuidad del tratamiento, así como en la prevención de patologías orales. Entre los factores más estudiados se encuentran el dolor y la ansiedad dental, los cuales han sido ampliamente reconocidos como barreras significativas para el acceso y la adherencia a los servicios de salud bucal.

En una revisión sistemática sobre ansiedad dental en población joven, Seligman et al., (2017) destacan que este fenómeno tiende a originarse desde la infancia, consolidándose como un patrón de evitación en la adultez. El estudio plantea que los pacientes con antecedentes de experiencias dolorosas o traumáticas suelen desarrollar respuestas emocionales negativas ante la consulta odontológica, lo cual repercute en su salud bucal y calidad de vida, principalmente en las etapas de adultez y vejez. Esta relación se refuerza con hallazgos que vinculan la ansiedad dental con mayor número de caries no tratadas, edentulismo temprano y diagnósticos tardíos de patologías de alto impacto como el cáncer oral.

Por otro lado, desde un enfoque de salud pública, el Foro Económico Mundial (World Economic Forum, 2024) advirtió que las enfermedades bucodentales impusieron una carga económica global de aproximadamente 710.000 millones de dólares durante el año 2019. Esta cifra incluye tanto los costos directos del tratamiento como las pérdidas de productividad derivadas de afecciones prevenibles como caries y periodontitis. El informe subraya que gran parte de esta carga puede atribuirse a la baja adherencia a los controles preventivos, lo cual responde en parte a la persistencia de experiencias negativas previas y al miedo al procedimiento odontológico. Asimismo, recalca que fortalecer la prevención permitiría disminuir la incidencia de enfermedades crónicas asociadas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias y ciertos tipos de cáncer.

Adicionalmente, se ha evidenciado una relación significativa entre la salud bucodental deficiente y el desarrollo o agravamiento de enfermedades neurodegenerativas. En un estudio reciente, Pruntel et al. (2024) analizaron la conexión entre enfermedad periodontal y enfermedad de Alzheimer, concluyendo que la inflamación crónica ocasionada por la periodontitis puede actuar como factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo, en especial debido a la capacidad de ciertas bacterias periodonto patógenas de atravesar la barrera hematoencefálica. Este tipo de evidencia amplía la comprensión del impacto sistémico de la salud bucal y resalta la necesidad de acceso oportuno a servicios odontológicos integrales, libres de experiencias negativas que generan deserción.

5.1.2. Antecedentes nacionales

En Colombia, la salud bucodental ha sido históricamente relegada dentro de las prioridades del sistema de salud, a pesar de su elevada prevalencia y de las interacciones demostradas con la salud general. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2020), las patologías

más frecuentes en la población colombiana incluyen la caries dental, la enfermedad periodontal, el edentulismo y las maloclusiones, condiciones que, aunque prevenibles, suelen detectarse en fases avanzadas debido a la baja cobertura de servicios preventivos.

La situación es particularmente crítica en grupos socioeconómicos bajos, donde las cifras de acceso a consultas odontológicas de primera vez no superan el 20 %, y donde la atención representa tan solo entre el 4 % y 6 % del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esta realidad refleja profundas desigualdades estructurales en el sistema, que se ven agravadas por factores emocionales como el miedo o la ansiedad ante la consulta, y por condiciones sociales que perpetúan la deserción del tratamiento.

A nivel epidemiológico, Fonseca Vázquez et al., (2021) realizaron un estudio en población colombiana que reveló una prevalencia de periodontitis del 61,8% en adultos, con grados de severidad variables. El estudio no solo señala la magnitud del problema, sino que también destaca la falta de acciones preventivas eficaces, lo que conduce a diagnósticos tardíos y tratamientos costosos, en un entorno donde la infraestructura para atención oportuna es limitada. Este panorama se complica aún más por la escasa investigación reciente en el país sobre los factores emocionales que condicionan el acceso y la adherencia a la consulta odontológica, especialmente en los niveles primarios de atención.

5.1.3. Antecedentes locales

En el contexto local, la ciudad de Cali presenta retos similares a los observados a nivel nacional, con una alta carga de enfermedades bucales y baja adherencia a los controles odontológicos preventivos, particularmente en las comunas de mayor vulnerabilidad social. La Secretaría de Salud de Cali (2022), en su boletín epidemiológico de salud bucal, indica que las comunas del oriente y suroriente concentran la mayor carga de patologías orales, asociadas a

factores como la falta de acceso, el desconocimiento de la importancia del cuidado oral y la presencia de emociones negativas frente a la consulta.

Uno de los pocos estudios disponibles con enfoque emocional y conductual fue realizado en Medellín, donde se identificó que el 92,4% de los participantes manifestaban algún grado de miedo, y el 48,7% presentaban ansiedad ante la atención odontológica. La investigación concluyó que estas respuestas emocionales se asociaban significativamente a experiencias odontológicas previas negativas, lo que repercutía directamente en el abandono del tratamiento o en la asistencia únicamente en casos de urgencia (Alzate et al., 2021). Estos hallazgos, aunque no provenientes de Cali, son altamente relevantes para poblaciones urbanas similares donde las barreras económicas y emocionales afectan de forma transversal la utilización de servicios.

Si bien existe información cuantitativa sobre cobertura y prevalencia, hay un vacío investigativo importante respecto a cómo las experiencias subjetivas —particularmente aquellas marcadas por el miedo, el dolor o la ansiedad— influyen en la deserción del servicio odontológico. En ese sentido, estudios que aborden el componente experiencial en instituciones de baja complejidad de Cali son fundamentales para diseñar estrategias que fomenten la prevención, la detección temprana y la mejora en la percepción del servicio.

○ 5.2. Marco teórico

5.2.1. Salud oral

Según lo establecido por la Federación Dental Internacional (FDI), la salud oral ha sido definida como la capacidad de *“hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una gama de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad o enfermedad de la cavidad oral y estructuras relacionadas”* (FDI World Dental

Federation, 2016). Este enfoque integrador de la salud bucal reconoce que su afectación tiene implicaciones no sólo clínicas, sino también funcionales, emocionales y sociales.

En este sentido, el bienestar bucodental se ve comprometido principalmente por patologías prevenibles como la caries dental, las enfermedades periodontales y el cáncer oral, cuyas consecuencias exceden la esfera local para impactar la salud sistémica y la calidad de vida. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 3.500 millones de personas en el mundo se ven afectadas por enfermedades bucodentales, y cerca de 2.300 millones padecen caries dental no tratada en dientes permanentes (OMS, 2022). Esta situación genera una carga sanitaria y económica comparable a enfermedades como la diabetes y las cardiovasculares, con costos globales que en 2019 se estimaron en 710 mil millones de dólares (World Economic Forum, 2024).

5.2.2. Patologías orales prevalentes e impacto clínica y social

Entre las enfermedades más frecuentes que afectan la salud oral se encuentra la caries dental, definida como un proceso de desmineralización progresiva del esmalte y dentina por efecto de los ácidos producidos por bacterias de la biopelícula. Se estima que más de un tercio de la población mundial padece caries no tratada, con una prevalencia del 43% en dientes temporales y del 29% en dientes permanentes (OPS, 2023). En Colombia, este problema persiste en todos los grupos etarios y tiene una alta prevalencia desde edades tempranas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Las enfermedades periodontales, por su parte, afectan las encías y las estructuras de soporte del diente. La periodontitis es una forma avanzada de enfermedad inflamatoria crónica de origen infeccioso, vinculada no solo a la pérdida dental, sino también a enfermedades sistémicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el Alzheimer y las complicaciones del embarazo (Fonseca Vázquez et al., 2021; Pruntel et al., 2024). En Colombia, la prevalencia de periodontitis

alcanza el 61,8% de los adultos, con impactos clínicos y funcionales severos (Fonseca Vázquez et al., 2021, p. 10).

Por otra parte, el cáncer oral representa una amenaza creciente, con alta letalidad en Colombia (36,38%) debido a diagnósticos tardíos. Su detección temprana durante visitas de control es esencial para mejorar el pronóstico, la supervivencia y reducir la morbilidad (Bernal et al., 2018).

5.2.3. Ansiedad y dolor en la consulta odontológica

La experiencia odontológica no está determinada exclusivamente por factores clínicos. La ansiedad y el dolor son dos componentes emocionales fundamentales que influyen en la percepción del paciente y su comportamiento frente a la atención odontológica.

La ansiedad se entiende como una respuesta psicológica anticipada frente a una amenaza real o percibida, y se manifiesta como nerviosismo, tensión o aprehensión. El dolor, por su parte, es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, y está estrechamente ligado al miedo y la evasión del tratamiento. Estudios internacionales han documentado que la ansiedad dental puede desarrollarse desde la infancia y mantenerse en la adultez, generando evitación de la atención y deterioro progresivo de la salud oral (Gutiérrez Lizardi & Cáceres de León, 2019; Saldivia-Ojeda et al., 2017). Como lo plantea Palomino Rodríguez et al., (2019), una experiencia negativa en la consulta puede ser suficiente para evitar futuras visitas, incluso ante síntomas agudos, resultando en deterioro progresivo de la salud bucal.

5.2.4. Experiencias odontológicas negativas y su impacto en la deserción

Las experiencias pasadas en la consulta odontológica constituyen un factor determinante en la adherencia al tratamiento y en la prevención de enfermedades. En un estudio realizado en Medellín, se identificó que el 92,4% de los participantes presentaron algún grado de miedo y el

48,7% ansiedad en la consulta odontológica (Alzate et al., 2021). Se evidenció una asociación directa entre estas emociones y experiencias previas negativas, lo que influye negativamente en la asistencia regular al servicio.

Este fenómeno tiene consecuencias clínicas, organizacionales y económicas. La deserción de la consulta odontológica reduce la eficacia de los programas de prevención, favorece la progresión de patologías orales y afecta los indicadores de calidad y sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras. Además, incrementa el uso de servicios de urgencias y de mayor complejidad, lo cual representa un costo adicional evitable tanto para el sistema como para los pacientes (World Economic Forum, 2024).

5.2.5. Calidad en salud: modelos, principios y gestión gerencial

La calidad en los servicios de salud no solo constituye un imperativo ético y clínico, sino también un componente central en la gestión eficiente de los recursos institucionales. Desde esta perspectiva, la calidad no puede concebirse únicamente como un atributo técnico, sino como una dimensión estratégica que incide en los resultados operativos, financieros y sociales de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Modelos como el de Donabedian (1989), que estructura la evaluación de la calidad en tres dimensiones (estructura, proceso y resultado), han sido ampliamente adoptados en los sistemas sanitarios contemporáneos. A su vez, el Institute of Medicine (IOM) propuso en su informe “Crossing the Quality Chasm” seis dimensiones clave de calidad: seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia, equidad y enfoque centrado en el paciente (IOM, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) también ha enfatizado la necesidad de integrar la calidad como componente esencial de la cobertura universal, insistiendo en que el acceso sin calidad equivale a una falsa promesa. En consecuencia, la gestión institucional debe

incorporar métricas de calidad en sus tableros de control, fomentar la cultura organizacional orientada a la mejora continua y diseñar procesos que garanticen seguridad, pertinencia y eficiencia clínica.

5.2.6. Costos de la no calidad: impacto institucional y prevención oportuna

Desde el enfoque gerencial, los costos de la no calidad (CNQ) son aspectos importantes en la evaluación de desempeño institucional. Estos se definen como los recursos económicos desperdiciados debido a errores, fallas, reprocesos, omisiones o cualquier desviación respecto a los estándares óptimos de atención. Se clasifican comúnmente en cuatro categorías: costos por fallas internas, fallas externas, costos de evaluación y costos de prevención.

En el ámbito de la salud, los CNQ incluyen desde hospitalizaciones prolongadas por errores diagnósticos hasta reingresos evitables, litigios por mala praxis y pérdida de confianza del usuario. Diversos estudios señalan que una atención oportuna, especialmente en la fase temprana de la enfermedad, tiene un efecto directo en la reducción de estos costos (OCDE, 2023).

Por tanto, el análisis y monitoreo de los CNQ permite identificar fallas sistemáticas en los procesos clínicos y administrativos, y brinda herramientas concretas para la toma de decisiones basadas en valor. Incorporar estrategias de mejora continua, como auditorías clínicas, sistemas de notificación de eventos adversos y formación del personal en calidad, constituye una inversión que mejora el desempeño institucional y reduce pérdidas financieras a mediano y largo plazo.

○ 5.3. Marco contextual

Santiago de Cali, capital del departamento del Valle del Cauca, es la tercera ciudad más poblada de Colombia, después de Bogotá y Medellín. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2023, la ciudad contaba con una población estimada de 2.258.844 habitantes, caracterizada por su diversidad cultural, alta concentración urbana y una

significativa presencia de población en situación de vulnerabilidad socioeconómica (DANE, 2023).

Cali es un importante centro económico, industrial, educativo y de prestación de servicios del suroccidente colombiano. Sin embargo, enfrenta grandes desafíos en materia de salud pública, especialmente en las comunas con mayores índices de pobreza, en donde se reportan dificultades para el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, incluyendo la atención odontológica. La distribución desigual de servicios y las brechas en cobertura afectan el bienestar de sus habitantes, lo que refuerza la necesidad de investigar en fenómenos que afecten la atención en salud oral en instituciones de baja complejidad.

Este estudio se desarrollará en una Institución Prestadora de Servicios (IPS) de baja complejidad de la ciudad de Cali, la cual, por aspectos éticos, se reserva su nombre durante esta investigación. Esta institución cuenta con los servicios habilitados de: Atención de urgencias, traumatología, pediatría, ginecobstetricia, vacunación, planificación familiar, consejería, control prenatal, vigilancia de la nutrición, medicina preventiva. Además, ofrece programas como crecimiento y desarrollo, salud bucal, vacunación y el componente de educación y atención de pacientes en condiciones de vulnerabilidad. En relación con los servicios de odontología, esta institución cuenta con habilitación para la atención de educación en salud oral, higiene oral, consulta odontológica general, operatoria dental, exodoncia simple y urgencias odontológicas.

- **6. Metodología**

- **6.1. Enfoque de la investigación**

Esta investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo con componentes cualitativos. El objetivo fue caracterizar las experiencias odontológicas negativas de personas adultas en una institución de baja complejidad en la ciudad de Cali, a partir de la aplicación de una encuesta estructurada y del análisis interpretativo de las respuestas abiertas.

- **6.2. Diseño de la investigación**

El estudio adoptó un diseño de investigación cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, con incorporación de componentes cualitativos de carácter interpretativo. Este diseño permitió caracterizar las experiencias odontológicas negativas reportadas por personas adultas a través de una encuesta estructurada aplicada en una institución de baja complejidad en la ciudad de Cali. La dimensión cuantitativa se centró en la medición de frecuencias y patrones de respuesta mediante ítems cerrados, mientras que el componente cualitativo se integró a través del análisis interpretativo de las respuestas abiertas, lo que permitió complementar los resultados con una descripción narrativa de las percepciones y vivencias expresadas por los participantes.

El estudio se desarrolló entre el 1 de febrero y el 1 de abril de 2025, con una única recolección de datos, lo cual corresponde a un diseño transversal, al recoger la información en un único momento del tiempo. La combinación de preguntas cerradas (de opción múltiple, escala Likert y frecuencia) con preguntas abiertas permitió integrar elementos cuantificables y cualitativos desde las propias voces de los usuarios.

○ **6.3. Población de la investigación**

La población objetivo estuvo conformada por usuarios mayores de 18 años que asistieron al servicio de consulta externa de odontología de la institución seleccionada durante un periodo de 6 meses.

6.3.1. Criterios de inclusión

- Ser mayor de edad (18 años o más).
- Haber sido atendido en consulta odontológica general en la institución.
- Aceptar voluntariamente participar en la investigación.

6.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con condiciones cognitivas que dificultaran la comprensión del instrumento.
- Personas que no completaran la encuesta en su totalidad.

○ **6.4. Instrumentos de recolección de datos**

Se diseñó un instrumento tipo encuesta autoadministrada compuesto por 20 preguntas divididas en tres bloques. La combinación de preguntas cerradas (de opción múltiple, escala Likert y frecuencia) con preguntas abiertas permitió integrar elementos cuantificables y cualitativos desde las propias voces de los usuarios. A continuación, se presentan las tres secciones de la encuesta:

1. Datos sociodemográficos (edad, sexo, tipo de afiliación).
2. Percepciones de la atención odontológica recibida (comodidad, trato, ansiedad, continuidad del tratamiento).
3. Preguntas abiertas sobre experiencias negativas, expectativas y sugerencias.

El instrumento fue validado mediante juicio de expertos y aplicado en formato digital (Google Forms) con apoyo del personal institucional y previa firma del consentimiento informado. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, logrando un total de 200 encuestas

completas en una población total de 520 pacientes en promedio durante el tiempo de recolección de la información. De esta manera, el nivel de confianza es aproximadamente del 95%, con un margen de error de $\pm 5.4\%$, lo que indica que los resultados son estadísticamente representativos y suficientes para realizar una caracterización general descriptiva.

- **6.5. Análisis de datos**

- **6.5.1. Análisis cuantitativo**

Los datos exportados de Google Forms fueron organizados en una hoja de cálculo (Excel), donde se realizó una limpieza básica, codificación y procesamiento. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y se agruparon los resultados para facilitar la comparación entre tendencias (por ejemplo, usuarios que reportan incomodidad frecuente versus esporádica).

Para la visualización de los resultados se emplearon las librerías de Python Matplotlib v3.8.2 y Seaborn v0.13.0, con las que se generaron gráficos de barras, histogramas y diagramas de caja (boxplots). Estas herramientas facilitaron la interpretación de patrones sin alterar los datos, y sus funciones son totalmente replicables en otros entornos como Excel o Power BI, dado que no se aplicaron modelos de transformación estadística ni procedimientos inferenciales.

- **6.5.2. Análisis cualitativo**

Las respuestas abiertas de la encuesta fueron analizadas de forma manual. Se aplicó una estrategia de codificación inductiva, consistente en:

1. Lectura comprensiva del corpus textual.
2. Identificación de categorías emergentes (por ejemplo, maltrato, miedo, incomodidad con el entorno, expectativas incumplidas).

3. Asignación de cada unidad de sentido a una o más categorías.
4. Sistematización de hallazgos y relación con los datos cuantitativos (triangulación).

Este proceso se realizó sin el uso de software especializado (como Atlas.ti o NVivo), dado que el volumen de respuestas era manejable y la estructura del análisis no requería modelamiento complejo. Aun así, se garantizó rigor mediante la revisión cruzada y la trazabilidad de las categorías.

○ **6.6. Plan de mejora**

El diseño del plan de mejora institucional se fundamentó en los resultados obtenidos de la caracterización de experiencias odontológicas vividas por los usuarios. Para ello, se siguió una metodología de análisis participativo y de enfoque sistémico, estructurada en tres fases:

6.6.1. Sistematización de hallazgos clave:

Primero se agruparon los hallazgos de la encuesta por dimensiones críticas: acceso, percepción del entorno, trato del profesional, manejo del dolor y ansiedad, comunicación y satisfacción global. Esto permitió identificar los principales factores que afectan la continuidad del tratamiento.

6.6.2. Priorización de necesidades mediante análisis cualitativo:

A partir del análisis temático de las respuestas abiertas, se establecieron categorías de mejora basadas en la frecuencia de aparición y su impacto potencial en la adherencia al tratamiento. Las categorías priorizadas fueron: manejo del miedo/ansiedad, calidad del trato, confort físico y accesibilidad.

6.6.3. Diseño participativo de estrategias:

Con base en la triangulación de datos y la consulta informal con personal administrativo y clínico de la institución, se definieron estrategias viables y pertinentes para intervenir en cada

una de las dimensiones identificadas. Se adoptó un enfoque incremental y realista, considerando los recursos disponibles y la capacidad operativa de la institución.

- **6.7. Consideraciones éticas**

Según la Resolución No. 008430 de 1993, esta es una investigación sin riesgo. Sin embargo, el estudio se acogió a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La investigación fue aplicada sobre la población sin ninguna característica específica, cumpliendo con las garantías de no discriminación. Con respecto al uso de datos personales, la información fue guardada en programa de encuestas de Google Forms y posteriormente exportada a una tabla de Excel. No existen riesgos en la investigación, puesto que no se realizarán actividades que comprometan la integridad del usuario.

● 7. Resultados y discusiones

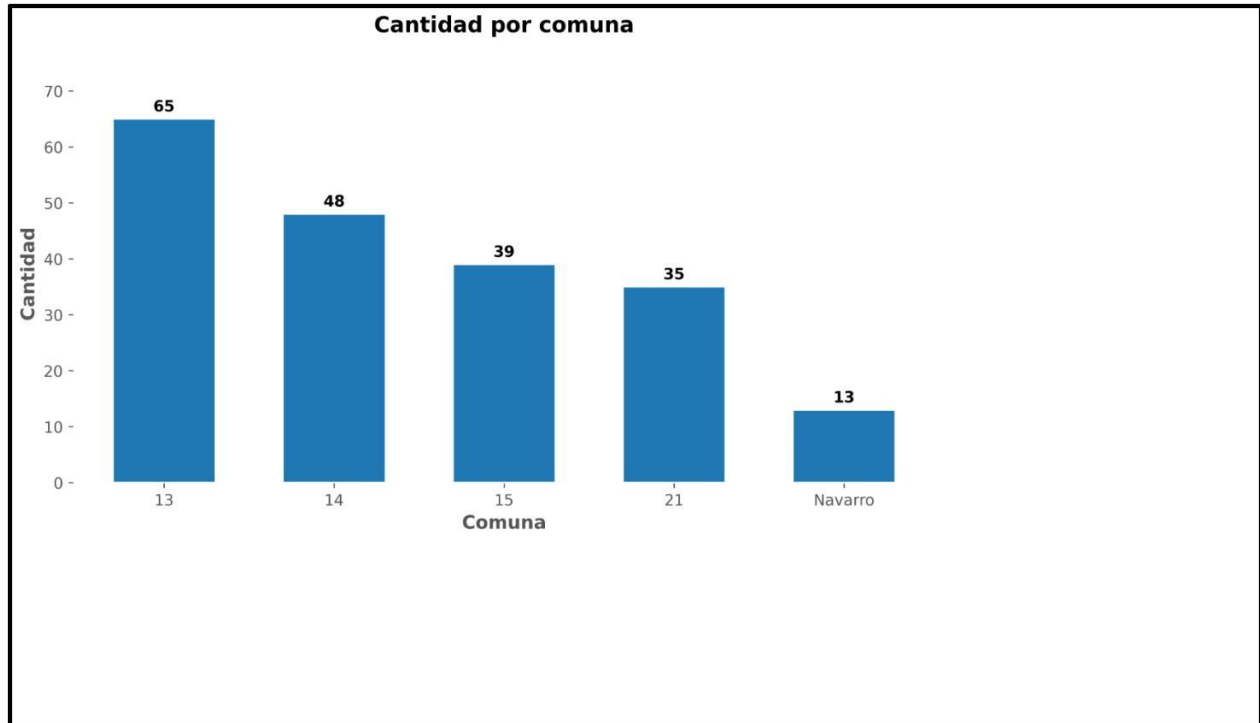
Los datos recolectados permitieron analizar las percepciones, hábitos y niveles de satisfacción de 200 pacientes que asistieron a consulta odontológica, con el fin de identificar patrones, áreas de mejora y factores clave que influyen en su experiencia.

En esta sección se presentarán los hallazgos de este estudio. En primer lugar, se describirán los datos sociodemográficos (comuna, barrio) para contextualizar la muestra y detectar posibles diferencias geográficas en el acceso o la percepción del servicio. Posteriormente, se explorarán los hábitos de asistencia odontológica, incluyendo la frecuencia de visitas, la edad de la primera consulta y los motivos de la última atención, lo que permitirá evaluar si existen brechas en la prevención o el tratamiento oportuno. Además, se profundizará en las experiencias de visita al odontólogo, sobre todo en los componentes emocionales y psicológicos, como las sensaciones de incomodidad antes, durante o después de la consulta, y su impacto en la postergación de tratamientos. Este análisis será complementado con las respuestas abiertas sobre los aspectos que generan incomodidad y las expectativas hacia el odontólogo, las cuales se categorizarán para priorizar mejoras en la atención. Finalmente, se evalúa la satisfacción global de los pacientes mediante indicadores como la calificación del servicio, la disposición a recomendarlo y las sugerencias adicionales.

- **7.1. Datos sociodemográficos**

Figura 1

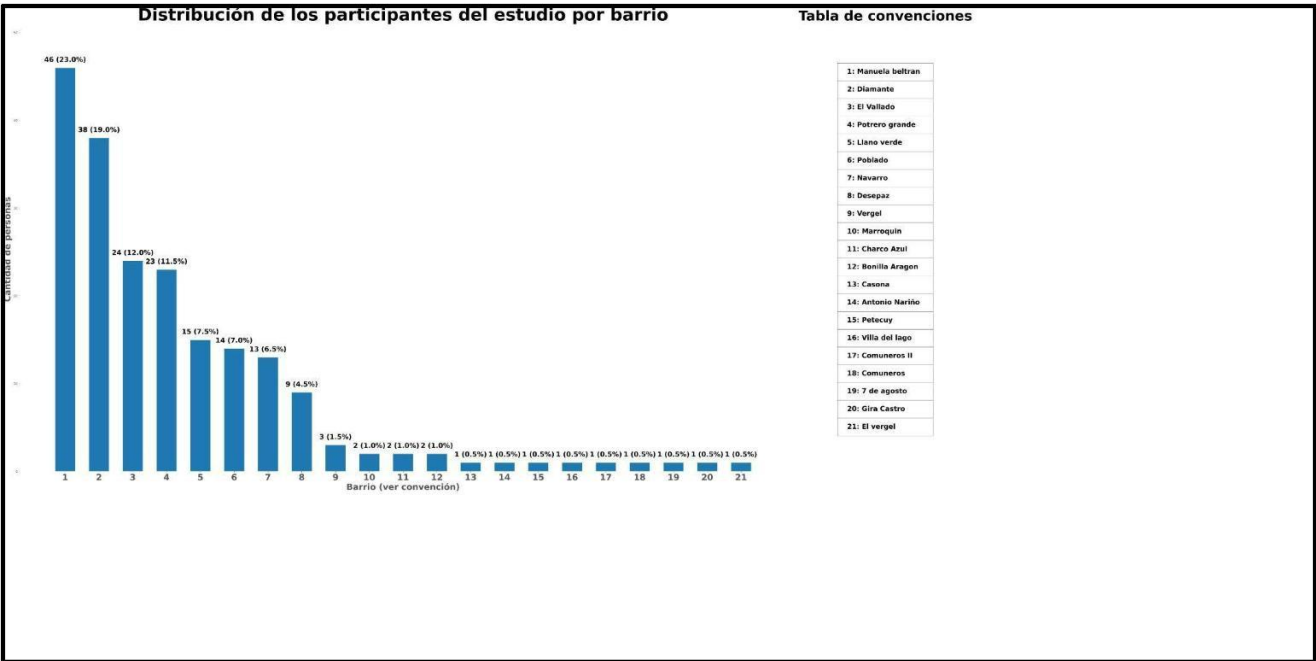
Distribución por comuna de los participantes del estudio



La Figura 1 muestra que más del 30% de los participantes residen en la comuna 13, lo que sugiere una concentración geográfica relevante para futuras intervenciones focalizadas, como campañas de prevención. La distribución por comuna de los participantes del estudio evidencia concentraciones geográficas que podrían estar relacionadas con desigualdades en el acceso a servicios odontológicos. Comunas con mayor participación pueden evidenciar una mayor sensibilización frente al tema o una mayor cercanía a centros de atención. No obstante, comunas con menor representación pueden reflejar barreras estructurales, como falta de cobertura, dificultades de movilidad o escaso interés por parte de la comunidad.

Figura 2

Distribución de los participantes del estudio por barrio de residencia



Asimismo, la Figura 2 revela que el 23% de los encuestados habitan en el barrio Manuela Beltrán, indicando una posible correlación entre ubicación y acceso a servicios odontológicos. Estos datos son clave para diseñar estrategias comunitarias que prioricen zonas con mayor densidad de pacientes. La distribución sociodemográfica da cuenta de posibles patrones de desigualdad territorial en el acceso y el uso de los servicios de salud. Desde un enfoque gerencial, estos hallazgos sugieren la necesidad de focalizar estrategias de promoción y educación en salud bucal en zonas de mayor vulnerabilidad, articulando acciones comunitarias y redes de apoyo local, en concordancia con lo establecido por la Secretaría de Salud Pública Distrital.

○ **7.2. Hábitos de asistencia odontológica**

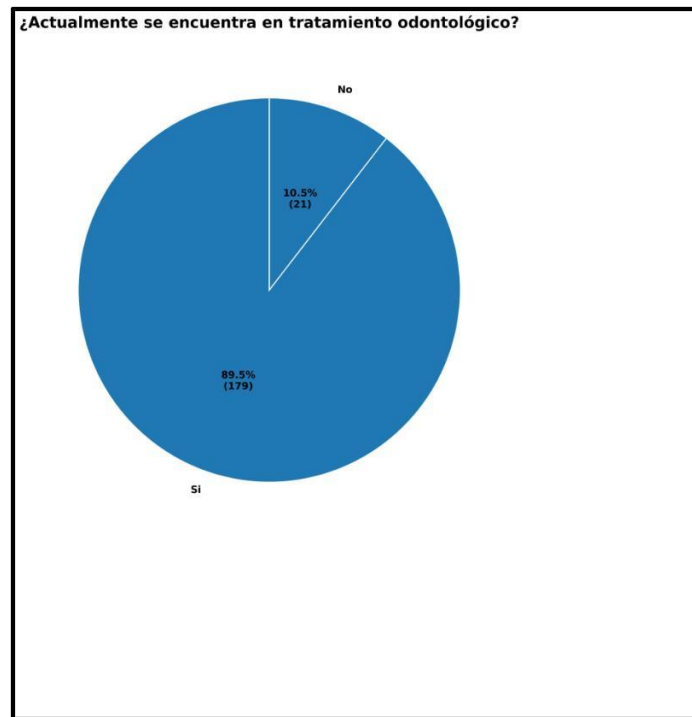
Para indagar en los hábitos de asistencia odontológica se realizaron las preguntas:

1. ¿Actualmente se encuentra en tratamiento odontológico?
2. ¿A qué edad recuerda su primera visita al odontólogo?
3. ¿Con qué frecuencia ha asistido al odontólogo a lo largo de su vida?
4. ¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?

A continuación, se muestran las respuestas a estas preguntas.

Figura 3

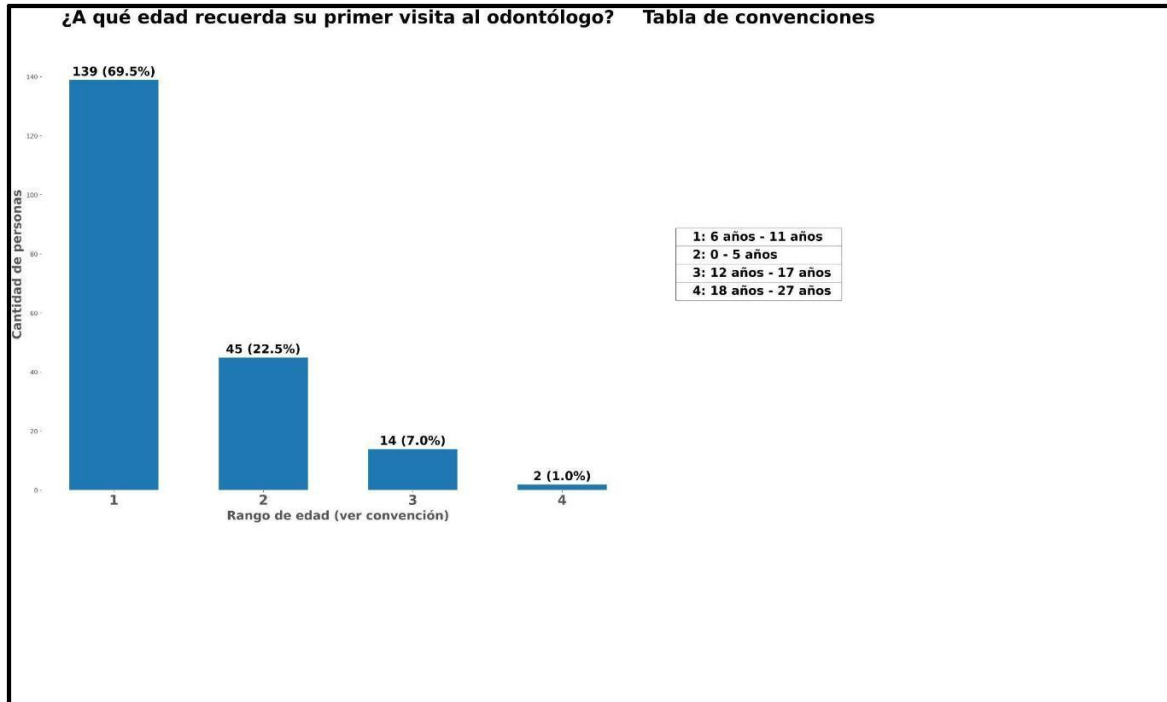
¿Está en tratamiento odontológico al momento de la encuesta?



La figura 3 muestra la cantidad de personas que estaban en tratamiento odontológico al momento de la encuesta. El 89.5 % de los participantes lo estaba. Un bajo porcentaje puede evidenciar problemas en la adherencia al tratamiento, mientras que una cifra más alta sugiere una población con prácticas de cuidado establecidas, posiblemente influida por factores económicos, culturales o por la calidad del servicio prestado.

Figura 4

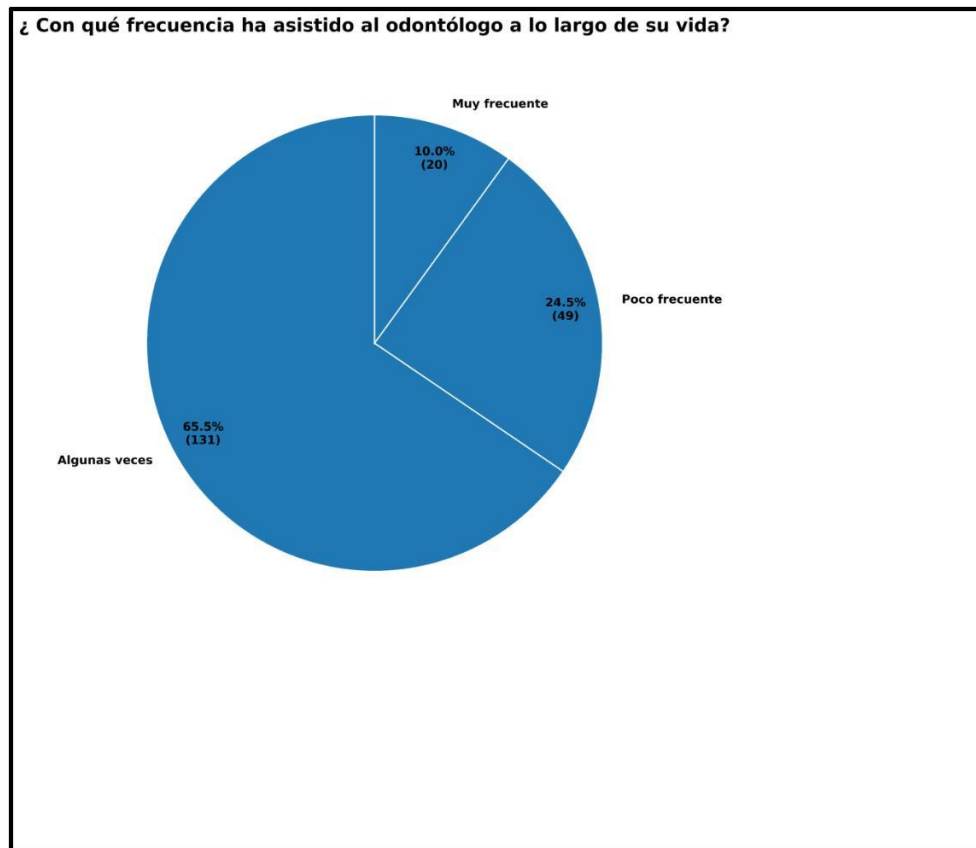
Distribución por rango de edad para la primera visita al odontólogo



La figura 4 muestra la distribución de la primera visita al odontólogo según el rango de edad. Se evidencia que entre los 6 y 11 años es la edad en que el 69.5 % de los entrevistados fue por primera vez al odontólogo. La edad en la que los encuestados acudieron por primera vez al odontólogo es un indicador importante de atención preventiva temprana. Si la mayoría lo hizo en etapas tardías, se podría evidenciar una cultura reactiva frente a la salud oral o deficiencias en políticas públicas orientadas a la infancia. Una edad temprana de primera consulta se asocia con mejores prácticas de autocuidado a largo plazo.

Figura 5

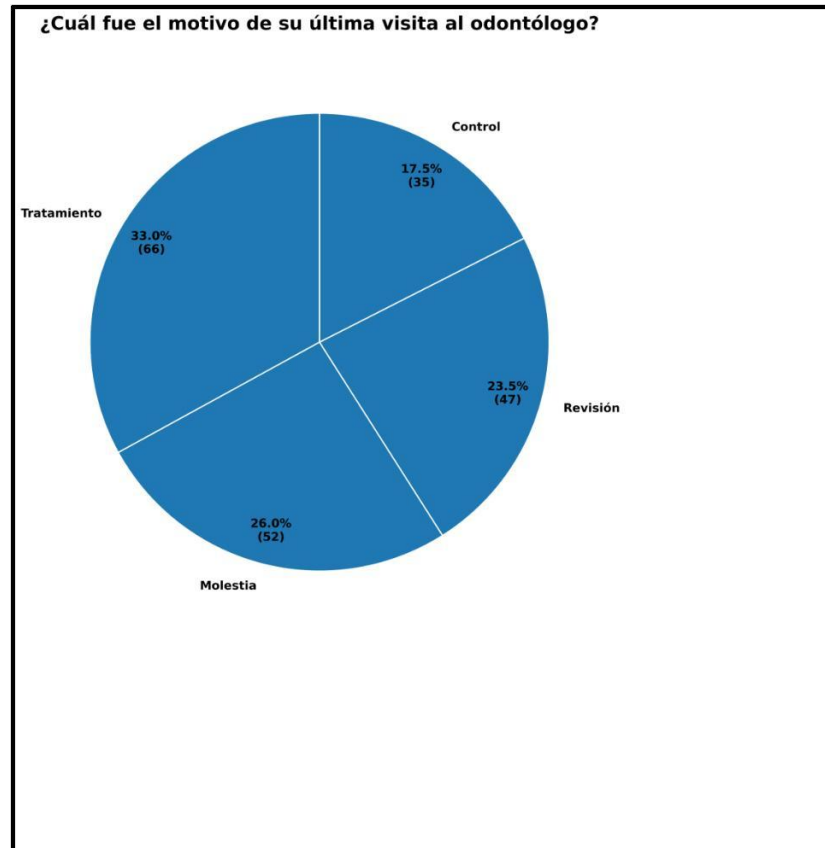
Distribución de los participantes del estudio para la pregunta sobre la frecuencia de visitas al odontólogo



La frecuencia de visitas al odontólogo permite establecer el tipo de relación que los participantes mantienen con los servicios de salud oral. En este caso, el 24.5 % de los participantes manifestó visitar poco frecuente al odontólogo, frente a un 10.0 % que expresó que lo hacía muy frecuente. La frecuencia baja generalmente puede estar relacionada con factores económicos, miedo al tratamiento o desinformación sobre la importancia de la prevención. Por el contrario, la frecuencia alta indicaría conciencia y hábitos consolidados de cuidado personal.

Figura 6

Distribución de los participantes respecto a la pregunta sobre el motivo de la consulta más reciente al odontólogo



Respecto al motivo de la última consulta, un 26% acudió por molestias o dolor, y un 17.5 % por control o revisión. La diferencia entre estos porcentajes confirma una lógica reactiva en el uso de los servicios odontológicos, lo cual puede conducir a un aumento de casos clínicamente más complejos y costosos.

De esta sección, se resalta que, si bien el 65.5 % de los encuestados se encontraba en tratamiento al momento de la encuesta, no necesariamente eso indica continuidad ni seguimiento regular; inclusive, el 65.5 % también reporta asistir “poco frecuentemente” a los servicios

odontológicos, siendo el motivo más común de asistencia la aparición de una molestia (33 %), con lo que se reafirma la cultura de atención reactiva en detrimento de una atención preventiva sostenida. Estos hallazgos confirman las observaciones del Ministerio de Salud en el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) (2020), según las cuales gran parte de la población colombiana acude a los servicios odontológicos de forma tardía, generalmente por urgencias, lo que compromete tanto el diagnóstico oportuno como la sostenibilidad del sistema de salud. Desde la visión gerencial, estos patrones demandan la necesidad de reconfigurar los flujos asistenciales y la creación de incentivos que promuevan los controles periódicos como estándar de atención.

○ 6.3. Experiencias en visitas al odontólogo

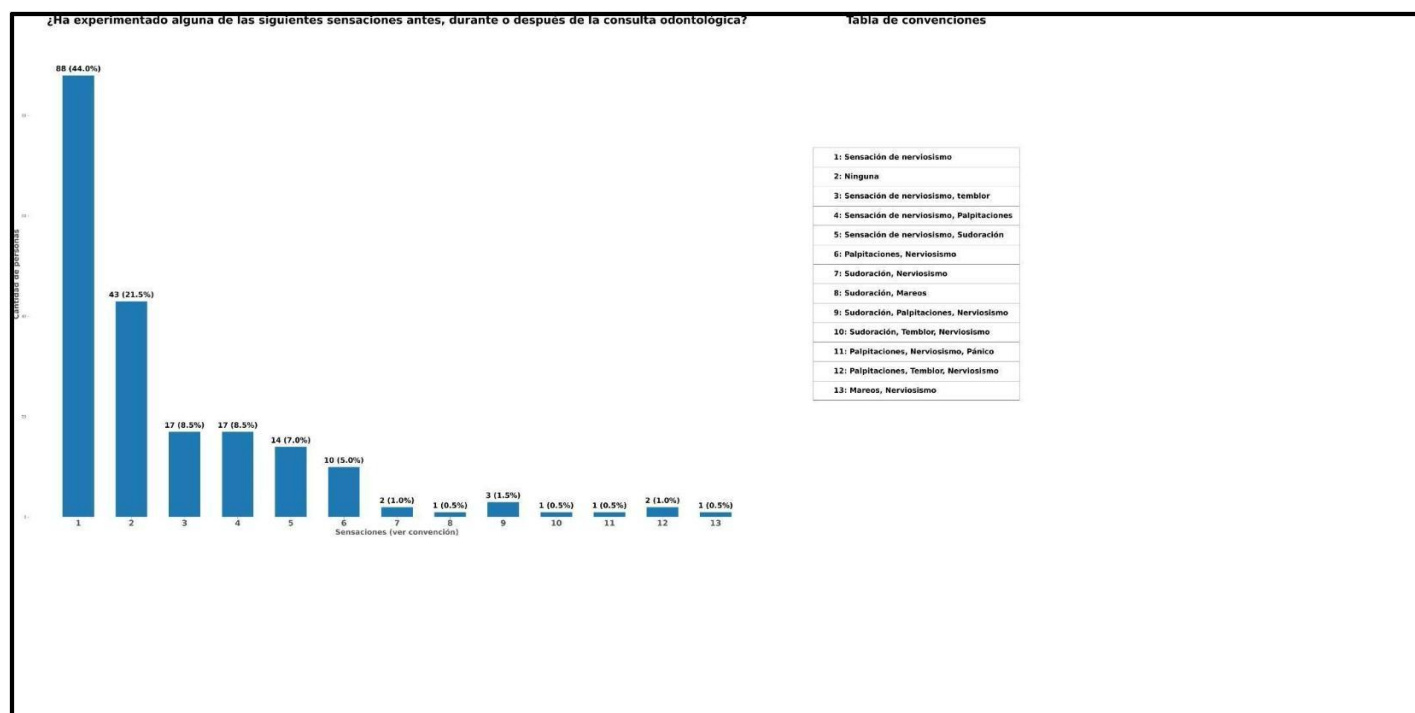
Para estudiar las experiencias de los participantes en visitas previas al odontólogo, se realizaron las siguientes preguntas:

1. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes sensaciones antes, durante o después de la consulta odontológica? (Seleccione una o varias)
2. ¿Ha evitado o pospuesto la visita al odontólogo por alguna de las sensaciones mencionadas anteriormente?
3. Escriba qué aspectos de la consulta odontológica le generan incomodidad.
4. En una escala de 1 a 5, ¿cuánto le agrada ir a consulta odontológica?

A continuación, se muestran los resultados por orden secuencial de las preguntas en las siguientes figuras.

Figura 7

Resultados de la pregunta respecto a las sensaciones de los participantes durante las consultas odontológicas

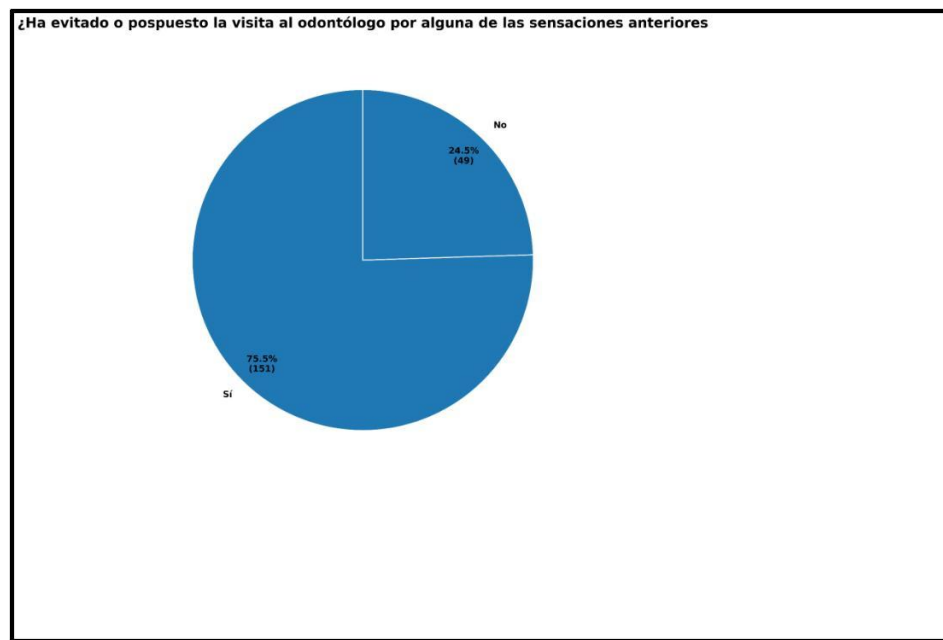


La Figura 7 presenta las sensaciones experimentadas por los participantes durante su última consulta odontológica. El dato más grande revela que 88 personas (44%) reportaron sentir sensación de nerviosismo, lo que representa casi la mitad de la muestra. Esta cifra muestra que el componente emocional sigue siendo una limitación importante en la experiencia odontológica, afectando potencialmente la adherencia al tratamiento y la disposición a futuras consultas. En segundo lugar, 43 personas (21.5%) declararon no haber sentido ninguna molestia emocional, lo cual es una señal positiva, pero aún muy inferior a quienes sí reportaron afectaciones. Esta diferencia cuantitativa pone de relieve la necesidad de estrategias clínicas que promuevan entornos menos amenazantes. Además, un grupo de 17 personas (8.5%) manifestó haber sentido nerviosismo combinado con temblores, y otras 17 con palpitaciones, lo que sugiere un nivel de ansiedad física que trasciende la sensación emocional básica. Asimismo, 14 personas (7.0%) reportaron palpitaciones y sudoración, y 10 (5.0%) presentaron un cuadro combinado de

palpitaciones, sudoración y nerviosismo, lo que podría catalogarse como reacciones de ansiedad aguda. En la figura 8 se muestran las respuestas de los encuestados a la pregunta 2.

Figura 8

Resultados de la pregunta a los encuestados sobre si han pospuesto las visitas al odontólogo debido a las sensaciones durante la consulta

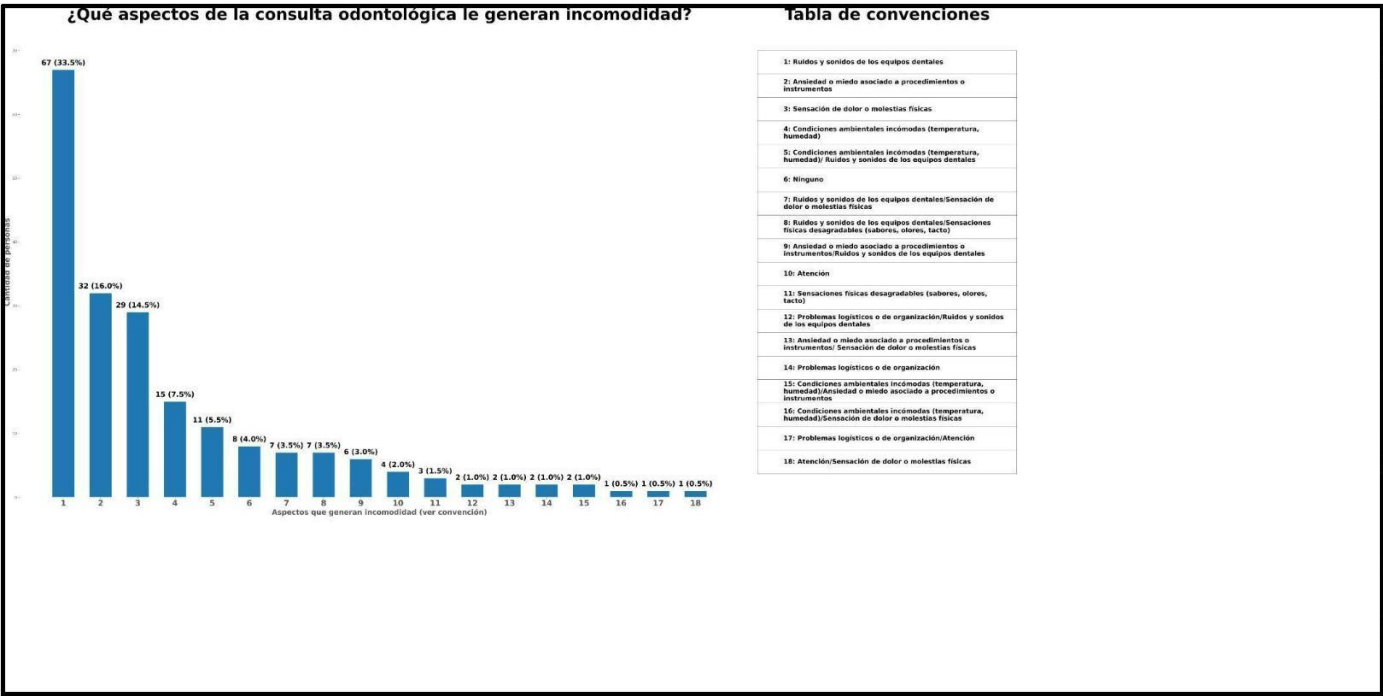


La figura muestra que el 75.5% de los encuestados (151 personas) ha pospuesto alguna vez una consulta odontológica debido a las sensaciones negativas experimentadas durante atenciones previas. En contraste, solo el 24.5% (49 personas) afirma no haberlo hecho. Estos resultados revelan el impacto de las emociones como barrera de acceso, destacando la necesidad de incorporar prácticas de atención más humanas, empáticas y psicológicamente seguras en los entornos clínicos.

Respecto a la pregunta 3, los resultados de esto se muestran en la figura 9.

Figura 9

Aspectos que generan incomodidad en los encuestados respecto a la consulta odontológica

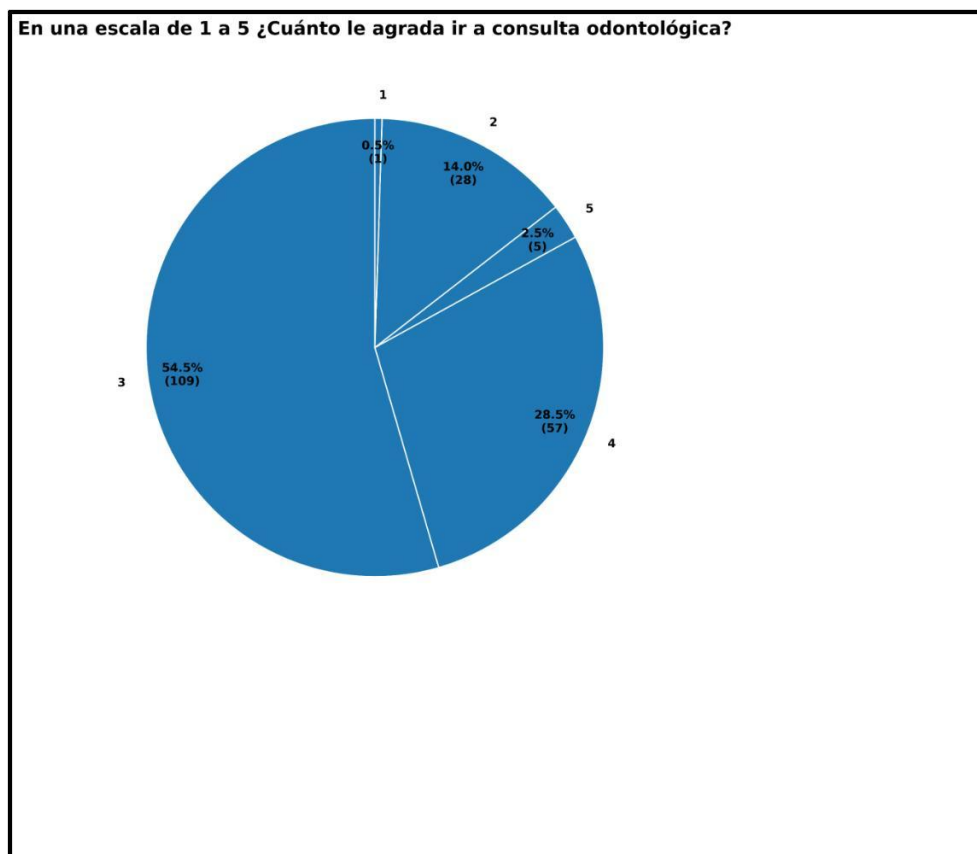


En esta última figura de esta sección, se puede ver que el aspecto que más genera incomodidad entre los encuestados es el ruido o sonidos de los equipos dentales (33.5%), seguido de ansiedad o miedo a los procedimientos e instrumentos usados durante la consulta (16%), por ejemplo, agujas y la fresa.

Finalmente, respecto a la calificación sobre lo agradable que le resulta a los encuestados ir a la consulta odontológica, se obtuvieron los resultados que se muestran en la figura 10.

Figura 10

Resultados de la encuesta a los participantes respecto a su nivel de agrado al asistir a la consulta odontológica.



En la Figura 10 se observa que el 54.5% de los encuestados (109 personas) manifiestan un bajo nivel de agrado al asistir al odontólogo, lo cual refuerza la presencia de barreras emocionales en la experiencia clínica. El 28.5% (57 personas) muestra un agrado intermedio, mientras que apenas un 14.0% (28 personas) declara sentirse bastante cómodo con este tipo de consultas. Los extremos —con un 2.5% (5 personas) que se sienten muy cómodos y un 0.5% (1 persona) que reporta desagrado total— reflejan experiencias puntuales pero relevantes.

Uno de los hallazgos de mayor significancia en el estudio es con relación al componente emocional de la experiencia odontológica. Evidencia que el 44 % de los usuarios reporta nerviosismo, y el 77.5 % ha pospuesto o evitado asistir a los servicios odontológicos debido a sensaciones negativas asociadas a la consulta. Este fenómeno tiene múltiples implicaciones, dado

que no solo afecta el tratamiento, sino que compromete el acceso oportuno, favorece diagnósticos tardíos y aumenta el uso de urgencias odontológicas.

Por su parte, los factores que más generan inconformidad están con relación al ruido de los equipos y el miedo a instrumentos invasivos, por lo que se reconoce que la dimensión sensorial y emocional, muchas veces invisibilizada en los modelos de atención, debe ser gestionada como parte integral de los servicios. En función de esto, intervenciones simples como el uso de música ambiental, rediseño de espacios o estrategias de distracción podrían contribuir significativamente a disminuir la ansiedad, tal y como lo evidencian los estudios de Ferreira-Gaona et al. (2018) y Gutiérrez & Cázares (2019).

Estos hallazgos también coinciden con lo descrito por Alzate et al. (2021), donde más del 90 % de los participantes presentaron algún grado de ansiedad dental asociado a experiencias previas negativas, reforzando la hipótesis de que la experiencia emocional es un determinante crítico en la continuidad del cuidado bucal.

○ **6.4. Sugerencias y satisfacción de los servicios**

Respecto a las sugerencias de los participantes y la satisfacción con el servicio, se hicieron las siguientes preguntas:

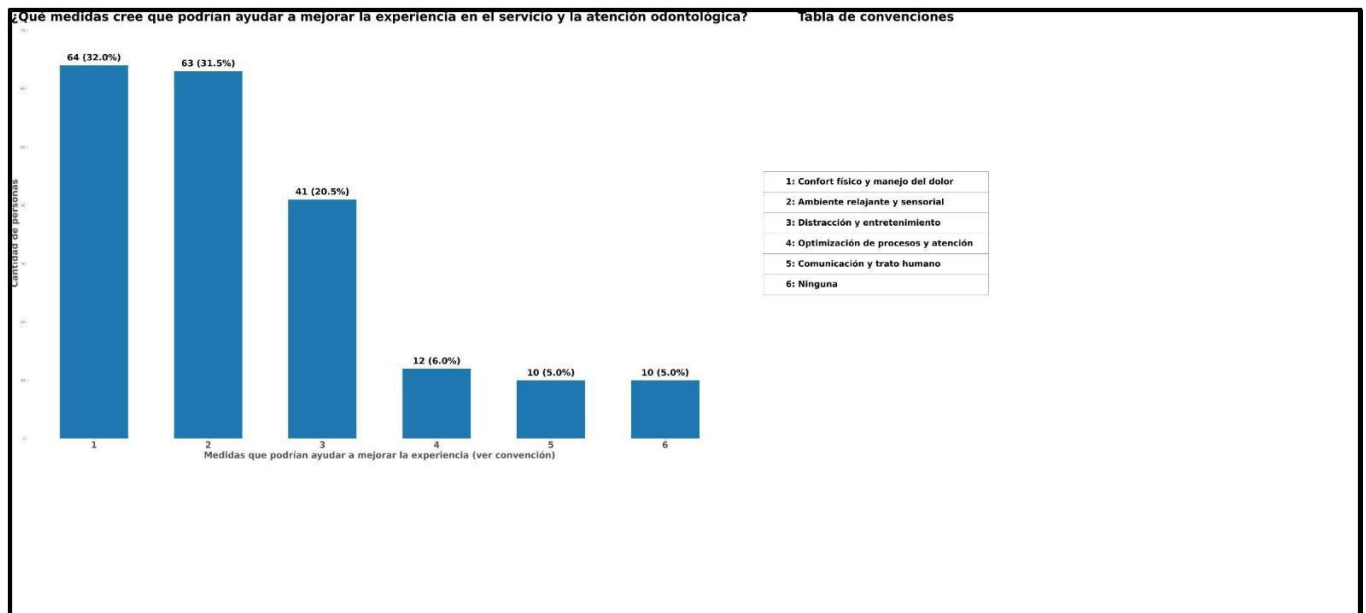
1. ¿Qué medidas cree que podrían ayudar a mejorar la experiencia en el servicio y la atención odontológica?
2. ¿Qué esperas del odontólogo durante la consulta?
3. ¿Cómo calificaría la satisfacción general de los servicios odontológicos recibidos hasta el momento?

La respuesta para la pregunta 1 de esta sección se encuentra resumida en la figura 11.

Figura

11

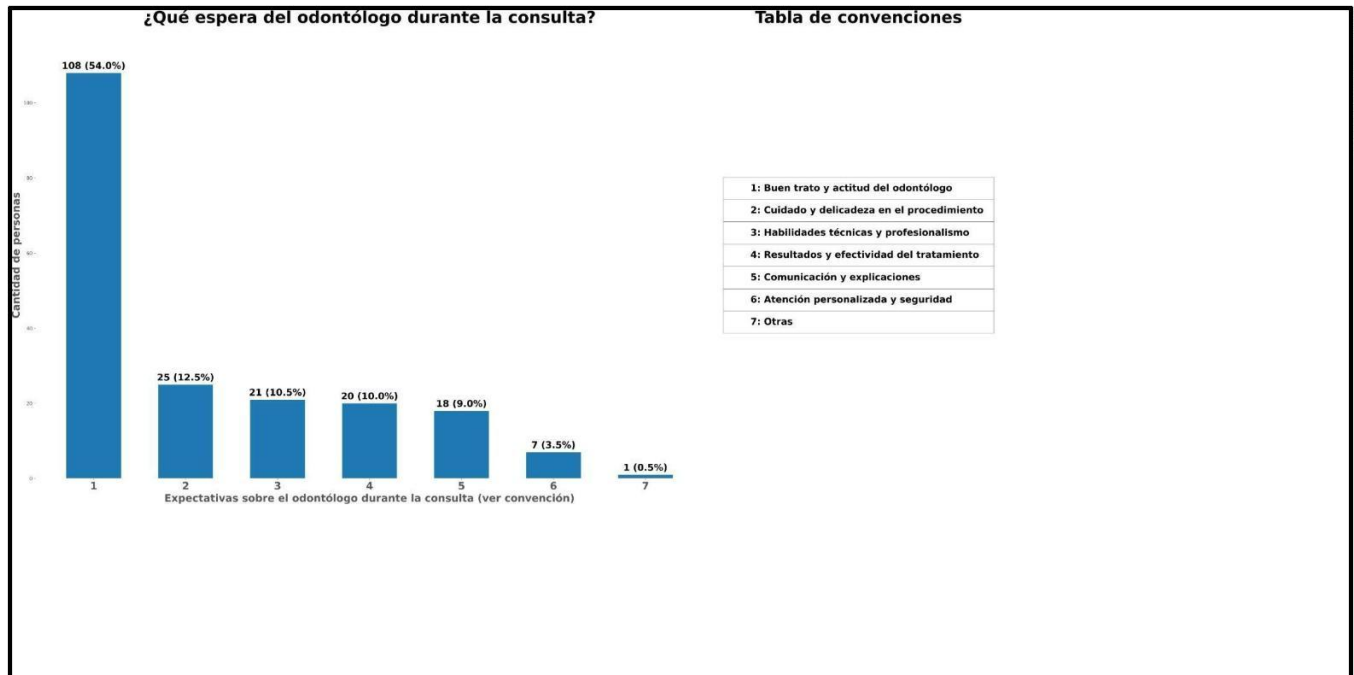
Medidas que, según los encuestados, ayudarían a mejorar la experiencia durante la consulta odontológica



La Figura 11 muestra que el 32% de los participantes (64 personas) considera prioritario el confort físico y el manejo del dolor como medida clave para mejorar su experiencia. Le sigue muy de cerca el 31.5% (63 personas) que propone un ambiente relajante y sensorial, lo cual subraya la importancia del entorno clínico. Además, un 20.5% (41 personas) destaca la distracción o entretenimiento como factor útil, mientras que propuestas como la optimización de procesos (6.0%), mejor comunicación (5.0%) o la percepción de que no se requiere mejora (5.0%) muestran que, aunque minoritarias, hay miradas diversas sobre la calidad del servicio.

Figura 12

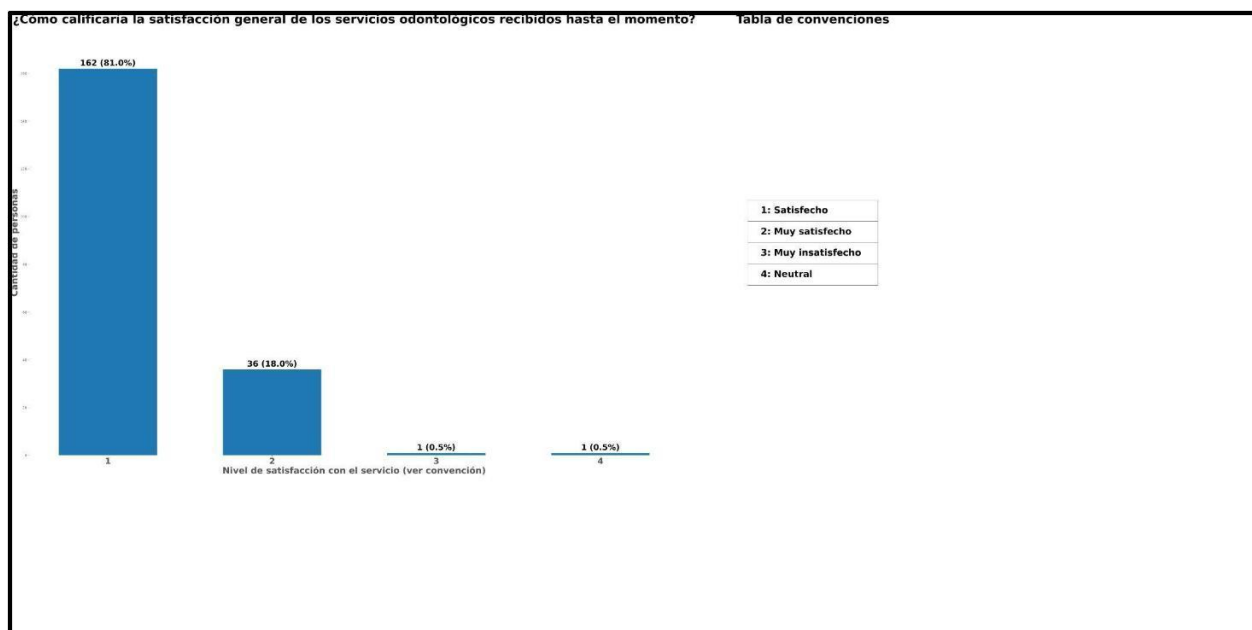
Expectativas de los encuestados frente al odontólogo durante la consulta



La figura 12 revela que la mayoría de los encuestados valora altamente el componente humano del servicio: esperan trato amable y respetuoso, seguido de una comunicación clara y una actitud empática del profesional.

Figura 13

Nivel de satisfacción de los encuestados con el servicio



Según la Figura 13, un contundente 81% de los encuestados (162 personas) se declara satisfecho, y un 18% (36 personas) muy satisfecho, lo cual refleja una percepción global positiva del servicio. Solo un 0.5% se declaró muy insatisfecho, y otro 0.5% se ubicó en una posición neutral. A pesar de las barreras emocionales y las sugerencias de mejora registradas en otras preguntas, este dato final demuestra que la valoración general del servicio es favorable, aunque no exime de la necesidad de implementar cambios orientados a la humanización de la atención.

Como se observa, las sugerencias de los usuarios se centraron en aspectos tangibles y emocionales: mejor manejo del dolor, mayor confort sensorial y creación de ambientes más relajantes. Asimismo, las expectativas hacia el odontólogo priorizan el trato humano, el respeto y una explicación clara del tratamiento. Estos aspectos, aunque intangibles, son determinantes a la hora de percibir la calidad y confianza en el servicio.

A pesar de las barreras descritas, la mayoría de los encuestados calificó su experiencia como “satisfactoria” o “muy satisfactoria”, lo que sugiere una oportunidad institucional para fortalecer los aspectos ya bien valorados y trabajar en los puntos críticos.

- **8. Propuesta de mejora**

Plan de mejora institucional para la atención odontológica en una IPS de baja complejidad en la ciudad de Santiago de Cali, 2025

Introducción

A continuación, se presentará el plan de mejora establecido, definido a partir del análisis de experiencias negativas reportadas por usuarios en la atención odontológica de una institución de baja complejidad en la ciudad de Cali. El estudio realizado permitió identificar que los resultados experienciales relacionados con la ansiedad, el trato interpersonal, las condiciones físicas del entorno y la comunicación influyen directamente en la percepción de la calidad del servicio, así como en la disposición de los pacientes para el uso preventivo de los servicios odontológicos. El plan de mejora propone una serie de estrategias realistas y viables, enfocadas en la mejora de la experiencia del usuario, para un modelo de atención más humano, empático y centrado en él.

Objetivo general

Implementar un conjunto de estrategias centradas en el paciente para mejorar la experiencia de la atención odontológica, reducir la deserción y promover el diagnóstico oportuno y la atención preventiva.

Objetivos específicos

- Disminuir las barreras emocionales y sensoriales durante la consulta odontológica.
- Reducir los niveles de ansiedad en pacientes antes y durante la atención odontológica.
- Mejorar la calidad del trato entre el personal de salud y los usuarios.
- Fortalecer el confort físico en el entorno clínico odontológico.

- Incrementar la adherencia al tratamiento y la asistencia a controles preventivos, a partir de campañas educativas y comunitarias.

Diagnóstico institucional

Se detalla un resumen general de los resultados del estudio, a partir de los cuales se plantea el presente plan de mejora:

- Un 75.5 % de los encuestados han evitado consultas por miedo o incomodidad.
- El 44 % de los encuestados reporta nerviosismo y el 16 % ansiedad frente a los procedimientos odontológicos.
- El ruido de los equipos y el miedo a los instrumentos son los principales detonantes de incomodidad durante la consulta odontológica.
- Las expectativas hacia el odontólogo incluyen trato amable, empatía y buena explicación del tratamiento.

Líneas estratégicas del plan

A continuación, se describen las líneas estratégicas de intervención del plan, en función de una línea de acción, problema identificado asociado, objetivo de mejora y acción a realizar.

Tabla 1

Líneas estratégicas del plan

Línea de acción	Problema	Objetivo	Acción concreta
Manejo del miedo y ansiedad	Alta prevalencia de ansiedad y evasión por miedo	Disminuir la ansiedad durante la consulta	Uso de estimulantes sensoriales, como música, aromaterapia; pausas voluntarias.
Mejora del entorno físico	Incomodidad por ruido, luces y falta de privacidad	Aumentar el confort sensorial	Rediseño de consultorios; uso de cortinas, música ambiental, luces.

Humanización del servicio	Percepción de despersonalización en la consulta	Incrementar la satisfacción del paciente	Desarrollar módulos de formación en humanización. Implementación de campañas internas.
Comunicación empática	Baja calificación al trato y escaso nivel de explicación	Mejorar la relación profesional-paciente.	Capacitación en comunicación al usuario
Ambiente físico y experiencia sensorial		Optimizar el entorno clínico para generar confort	Acondicionar la sala con elementos visuales y auditivos agradables, control de temperatura y olores, renovación de equipos ruidosos.
Prevención y promoción continua	Baja frecuencia de consultas preventivas	Promover cultura del autocuidado continuo	Desarrollo de material educativo adaptado a contexto.
Intervención comunitaria focalizada	Evidencia de mayor concentración de pacientes en la Comuna 13 y en Manuela Beltrán	Mejorar el acceso y educación preventiva en sectores de alta vulnerabilidad	Establecimiento de jornadas móviles de salud oral; desarrollo de alianzas con líderes comunitarios.

Nota. Elaboración propia con base en diagnóstico institucional (2025).

Cronograma de implementación

Tabla 2

Cronograma de implementación

Actividad	Responsable	Inicio	Fin
Diagnóstico del entorno físico	Coordinación de Odontología	Junio de 2025	Julio de 2025
Capacitación en comunicación	Líder de Talento Humano	Julio de 2025	Septiembre de 2025
Rediseño ambiental del consultorio	Líder de Ambiente Físico	Julio de 2025	Septiembre de 2025
Piloto con música - aromaterapia	Programa de salud mental + Odontología	Septiembre de 2025	Octubre de 2025
Diseño de agenda educativa y preventiva	Líder de promoción y mantenimiento de la salud	Septiembre de 2025	Octubre de 2025
Intervención comunitaria	Promoción y mantenimiento de la salud	Septiembre de 2025	Diciembre de 2025

Nota. Elaboración propia (2025).

Indicadores de seguimiento y evaluación

Tabla 3

Indicadores de seguimiento y evaluación

Indicador	Meta	Verificación
Disminución del índice de deserción	< 20 % de deserción / línea base	Encuestas de seguimiento trimestrales
Aumento del nivel de satisfacción	> 70 %	Encuestas post intervención
Adherencia a controles preventivos	Aumento del 30 %	Registro de historias clínicas
Implementación de espacios amigables	100 % de espacios reestructurados	Informe técnico de infraestructura

Nota. Elaboración propia (2025).

Sostenibilidad, institucionalización y proyección futura

La implementación de este plan de mejora no debe entenderse como una intervención puntual, sino como el punto de inicio para un cambio estructural en la forma en cómo se conciben y se prestan los servicios de atención odontológica en instituciones de baja complejidad.

Debido a lo anterior, la sostenibilidad del plan requiere de su integración progresiva dentro del sistema de gestión de la calidad institucional, a partir de la adopción de políticas permanentes y orientadas a la humanización del servicio, el fortalecimiento de la atención preventiva y la inclusión de la experiencia del usuario como indicador clave de desempeño.

● 9. Conclusiones y recomendaciones

Los resultados presentados permitieron dar cumplimiento al objetivo del estudio, al analizar de forma integral las experiencias odontológicas de usuarios adultos en una institución de baja complejidad en Cali, como son: sensación de nerviosismo, temblores, palpitaciones, sudoración, mareo, pánico o bien ninguna sensación; al tiempo que permitió analizar cómo estas experiencias odontológicas negativas inciden en la deserción del tratamiento odontológico y en la limitada prevención de patologías orales. A partir de una metodología mixta, que combinó análisis de datos cuantitativos y cualitativos, se logró una caracterización detallada de las percepciones, emociones y barreras reportadas por los usuarios, revelando no sólo una alta prevalencia de malestar emocional frente a la consulta, sino también condiciones estructurales que perpetúan la discontinuidad de la atención.

Entre las barreras institucionales se destacan la incomodidad del entorno físico, el ruido de los equipos, la despersonalización por el trato y la escasa comunicación entre el profesional y el paciente. A nivel emocional, predominan el miedo, el nerviosismo y la ansiedad, que están en relación con la evitación o desistimiento de asistencia a consultas. Las barreras sociales identificadas están asociadas a condiciones de vulnerabilidad y acceso desigual, particularmente en zonas como la Comuna 13 y el barrio Manuela Beltrán.

En primer lugar, los hallazgos sugieren que, aunque la mayoría de los usuarios se encuentra actualmente en tratamiento, persiste un patrón de asistencia esporádica o baja frecuencia de visitas preventivas, generalmente motivada por molestias o urgencias. Esto indica una tendencia hacia el uso reactivo del servicio odontológico, en deterioro de la atención preventiva. Se reafirma, por lo tanto, la necesidad de rediseñar los enfoques institucionales hacia modelos de atención preventiva, sostenida y centrada en el paciente.

En segundo lugar, el análisis de las emociones reportadas durante las consultas odontológicas mostró que más del 75 % de los participantes ha pospuesto o evitado acudir a control debido a sensaciones como nerviosismo, miedo o ansiedad. Este fenómeno tiene implicaciones clínicas y sistémicas profundas, ya que limita el acceso oportuno a intervenciones básicas, incrementando la carga de enfermedades orales avanzadas y elevando el costo institucional al favorecer el uso de urgencias o tratamientos de mayor complejidad.

En tercer lugar, se reconoce que la incomodidad física y sensorial, que se representa en factores como el ruido de los equipos dentales y el temor a los instrumentos invasivos, fue señalada por más del 40 % de los encuestados en la construcción de una experiencia negativa. Este dato es fundamental cuando se considera que tales elementos son modificables a partir de intervenciones relativamente simples, como el uso de tecnología menos ruidosa, música ambiental o estrategias de distracción sensorial, y que, sin embargo, no han sido abordados en los protocolos de atención de las instituciones de baja complejidad.

En cuarto lugar, las respuestas cualitativas revelaron que las expectativas de los usuarios están orientadas hacia un trato más humano, empático y claro. La calidad percibida del servicio no se limita a los procedimientos clínicos, sino que también está mediada por el lenguaje, la calidez y la capacidad del personal asistencial para generar confianza y confort.

En quinto lugar, se identificaron patrones geográficos relevantes, como la alta concentración de pacientes provenientes de la Comuna 13 y el barrio Manuela Beltrán, perteneciente a la Comuna 14. Esta localización territorial permite proyectar estrategias de intervención comunitaria más focalizadas, articulando acciones de promoción de la salud oral con redes locales de apoyo y comunicación. De esta manera, el diseño del plan de mejora no se limita

a transformaciones al interior del consultorio, sino que contempla una perspectiva territorial y social que reconoce las desigualdades en el acceso y la experiencia de la atención.

Los resultados obtenidos permiten concluir que las experiencias odontológicas negativas constituyen una barrera real, tangible y sistémica para la continuidad del cuidado bucal. Estas experiencias no pueden ser consideradas como percepciones aisladas, sino como manifestaciones de un modelo de atención que no se ha permitido la incorporación plena de la dimensión emocional, sensorial y comunicativa del paciente en su diseño operativo. La persistencia de estas experiencias, en instituciones de baja complejidad, podría ser una limitación estructural que afecta no solo la salud individual, sino también la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto.

En consecuencia, a lo descrito, el plan de mejora propuesto con base en los hallazgos de este estudio propone una reconfiguración plausible del servicio odontológico, orientada a humanizar la consulta, reducir las barreras emocionales y fortalecer el enfoque preventivo desde una atención centrada en el usuario. Las acciones sugeridas no solo responden a la evidencia recolectada, sino que constituyen un camino viable hacia la mejora de la calidad del servicio, el aumento de la satisfacción del usuario y la reducción de la deserción.

Para finalizar, esta investigación constituye un aporte significativo a la comprensión del componente experiencial en salud bucal, el cual ha sido tradicionalmente subestimado en los estudios sobre calidad en servicios de salud. De igual manera, abre líneas futuras de investigación en torno a la integración de la salud emocional en la atención primaria odontológica, y plantea la necesidad de adoptar políticas institucionales que reconozcan a la experiencia del usuario como un indicador clave de calidad y eficiencia en la prestación de servicios.

- **Referencias**

- Alzate Zapata, L. M., García Bran, S. Y., Gaviria Correa, I., López Sarmiento, J. S., Ortiz Restrepo, J., Franco Aguirre, J. Q., & Gallego Gómez, C. L. (2021). Factores asociados al miedo y ansiedad en pacientes que asisten a consulta odontológica: Estudio transversal. *Revista Estomatología*, 29(1), 1–9. <https://doi.org/10.25100/re.v29i1.10929>
- Clínica Universidad de Navarra. Diccionario Médico <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/odontologia>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2023). *Proyecciones de población municipal por sexo y grupos quinquenales de edad 2018–2035 (Base 2018)*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Donabedian, A. (1989). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- FDI World Dental Federation. (2016). *Definition of oral health*. <https://www.fdiworldddental.org/oral-health-definition>
- Ferreira-Gaona MI, Díaz-Reissner CV, Pérez-Bejarano NM, Cueto-González NC, Leggio-González TG, Cardozo-Lovera LB, et al. Nivel de ansiedad de los pacientes antes de ingresar a la consulta odontológica. *Rev Cienc Salud*. 2018;16(3):463-72. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7266>
- Fonseca Vázquez, M., Ortiz Sánchez, Y., Martínez Sánchez, N., Rosales Ortiz, A., & Proenza Pérez, D. (2021). Factores de riesgo asociados a la periodontitis crónica en pacientes adultos. *Multimed*, 25(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000600003

- Gutiérrez Lizardi, P., & Cázares de León, F. (2019). Ansiedad dental y urgencias médicas. *Revista Mexicana de Estomatología*, 6(1), 36 - 39.
<https://remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/239>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *ABECÉ del IV Estudio Nacional de Salud Bucal “Para saber cómo estamos y saber qué hacemos”*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abecé-iv-ensab.pdf>
- Oliva, J. La bioética y el dolor en odontología: Una aproximación humanística. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127033012004> Mena, P.A., et al. 2020, septiembre. Niveles de ansiedad producidos frente a tratamientos odontológicos en pacientes atendidos en el Centro de Salud la Península, Ecuador. En: Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. N° 1 (Art. 71). Recuperado de:
<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticaayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2461>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud bucodental*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Servicios de salud de calidad: una necesidad mundial para lograr la cobertura sanitaria universal.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Salud oral*.
<https://www.paho.org/es/temas/salud-oral>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2023). Panorama de la salud: América Latina y el Caribe 2023. <https://doi.org/10.1787/6089164f-es>

- Palomino Rodríguez, K. L., Alcolea García, A. M., Alcolea García, A. C., & Alcolea Rodríguez, J. R. (2019). *Asociación entre odontofobia y salud dental*. *MULTIMED*, 23(2), 1–10.
- Pruntel, S. M., van Munster, B. C., de Vries, J. J., Vissink, A., & Visser, A. (2024). Oral Health as a Risk Factor for Alzheimer Disease. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 11(1), 249–258. <https://doi.org/10.14283/jpad.2023.82>
- Puebla Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología* (Barcelona), 28(3), 33-37. Recuperado en 26 de julio de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es.
- Saldivia-Ojeda, C., Rodríguez-Salinas, C., Riquelme-Carrasco, S., & Linco-Olave, J. (2017). Prevalencia de ansiedad dental en niños atendidos en los servicios de salud públicos de Valdivia, Chile. *Odontoestomatología*, 19(30), 59–64.
- Secretaría de Salud de Cali. (2022). *Boletín epidemiológico de salud bucal 2022*. <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/159410/boletin-epidemiologico-de-salud-bucal/>
- Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali. (2023). *Morbilidad oral en el Distrito de Santiago de Cali*. Datos Abiertos Cali. <https://datos.cali.gov.co/dataset/morbilidad-oral-en-el-distrito-de-santiago-de-cali>
- Seligman, L. D., Hovey, J. D., Chacon, K., & Ollendick, T. H. (2017). Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clinical Psychology Review*, 55, 25–40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.004>
- World Economic Forum. (2024). *The Economic Rationale for a Global Commitment to Invest in Oral Health*.

https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economic_Rationale_for_a_Global_Commitment_to_Invest_in_Oral_Health_2024.pdf

- **Anexos**

Anexo A

Modelo de consentimiento informado

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Impacto de las experiencias negativas en consultas odontológicas sobre la deserción y la prevención de patologías orales en adultos atendidos en una institución de primer nivel en la ciudad de Cali.

Nombre del Investigador: Mariana Hurtado Chavarriaga

Institución: Red de salud del Oriente

Usted está siendo invitado a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo comprender las experiencias odontológicas de personas mayores de 18 años que acuden a un servicio de primer nivel en la ciudad de Cali y su influencia en la deserción y prevención de patologías orales. Su participación consistirá en responder una encuesta con preguntas específicas frente a sus experiencias en la parte de odontología y las expectativas del servicio. Este proceso tendrá una duración aproximada de 5 a 10 minutos.

La información recopilada será tratada con estricta confidencialidad. Los datos se almacenarán de manera segura y solo serán accesibles para el equipo de investigación. Su identidad no será revelada en ninguna publicación o presentación relacionada con este estudio.

Su participación es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención que reciba en la institución.

- **Riesgos:** Este estudio no representa ningún riesgo para usted.
- **Beneficios:** Los resultados de esta investigación podrían contribuir a mejorar la calidad del servicio de odontología.

Usted tiene derecho a:

- Solicitar aclaraciones sobre el estudio en cualquier momento.
- Retirar su consentimiento sin consecuencias negativas.

- He leído (o se me ha explicado) la información proporcionada anteriormente. Entiendo los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de este estudio. Acepto participar de manera voluntaria y consciente. Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o su participación, no dude en ponerse en contacto con el investigador principal.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha:

Nombre del investigador:

Firma del investigador:

Fecha: