



**UNIVERSIDAD DE TALCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN
RURAL DE AMERICA LATINA: REVISIÓN NARRATIVA.**

*Social representations of oral health in the rural population of Latin America: Narrative
Review.*

Memoria presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad de Talca
como parte de los requisitos científicos exigidos para la obtención del título
de Cirujano Dentista.

**ESTUDIANTE: LUZ ALEJANDRA CÁCERES CÁCERES
PROFESOR GUÍA: GISELLE DAVIS-TOLEDO PhD.**

**TALCA - CHILE
2021
INFORMACIONES CIENTÍFICAS**

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2021

Nombre del profesor guía
Giselle Davis-Toledo
ORCID del profesor guía
https://orcid.org/0000-0002-2899-3652
Google Scholar del profesor guía
https://scholar.google.com/citations?hl=es&authuser=1&user=wKVgLdoAAAAJ
Correo electrónico del profesor guía
gdavis@utalca.cl

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi abuelo materno por su cariño, amor incondicional y excepcional ejemplo durante toda mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia por siempre creer en mí, a mis padres por su apoyo incondicional en cada paso y tropiezo, ustedes están detrás de cada caída y son los protagonistas de mis triunfos.

A mi docente Guía, la profesora Giselle, por guiarme, brindarme los conocimientos necesarios, el apoyo y amorosa contención durante el proceso de construcción de este trabajo, sin ella no sería posible.

Y finalmente a mis amigas y amigos por su sincera y honesta compañía.

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
1.1. Palabras clave.....	2
2. ABSTRACT	3
2.1. Keywords.....	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. MÉTODOS.....	7
5. RESULTADOS	8
5.1. Selección de artículos.....	8
5.2. Características generales de los estudios.....	9
5.3. Descripción de la muestra de los estudios: tamaño, edad, sexo y origen	10
5.4. Conocimientos, creencias y percepciones	11
5.5. Prácticas, comportamientos y conductas	16
5.6. Recomendaciones de los estudios de acuerdo a sus resultados	17
5.7. Determinantes sociales de la salud en relación a la salud oral.....	18
6. DISCUSIÓN.....	20
7. REFERENCIAS.....	24
8. ANEXOS	27
Anexo 1. Identificación de los artículos	27

1. RESUMEN

A pesar de los considerables avances científicos en la comprensión de la patogenia y las causas de las enfermedades bucodentales, la carga mundial de patologías orales ha persistido. La mayoría de las afecciones de salud bucal se pueden prevenir en gran medida y se pueden tratar en sus primeras etapas. Históricamente ha existido una brecha reconocida de salud bucodental entre la población rural y urbana. Las representaciones son conocimientos que se construyen a partir de las experiencias, informaciones y modelos de pensamientos que los individuos reciben y transmiten a través de la tradición, educación y comunicación social. Las representaciones sobre salud bucodental de la población rural revelan que las condiciones objetivas de la vida las determinan: La enfermedad bucal, se supone una experiencia inevitable, la extracción dental es considerada un “tratamiento” efectivo contra el dolor, la búsqueda de atención profesional se ve motivada por factores estéticos y el miedo o ansiedad relacionados con el tratamiento dental resulta en un comportamiento de evitación a los servicios odontológicos. Los resultados obtenidos en esta revisión pueden considerarse demostrativos de los conocimientos y tácticas que los pobladores rurales han construido frente al proceso salud-enfermedad bucal según su contexto de vida. La comprensión de las representaciones sociales, propias de los habitantes del campo, puede llevar a planificar acciones mejor focalizadas, más humanas, culturalmente competentes y así realmente efectivas.

1.1.Palabras clave.

Cultura, Salud Oral, Población rural.

2. ABSTRACT

Despite considerable scientific advances in understanding the pathogenesis and causes of oral disease, the global burden of oral disease has persisted. Most oral health conditions are largely preventable and treatable in their early stages. Historically, there has been a recognized oral health gap between the rural and urban population. Representations are knowledge that is built from the experiences, information, and thought patterns that individuals receive and transmit through tradition, education, and social communication. Representations on oral health of the rural population reveal that the objective conditions of life determine them: Oral disease is an inevitable experience, dental extraction is considered an effective "treatment" against pain, the search for professional care is motivated by aesthetic factors and fear or anxiety related to dental treatment results in avoidance behavior towards dental services. The results obtained in this review can be considered as demonstrative of the knowledge and tactics that rural people have built against the oral health-disease process according to their life context. The understanding of the social representations, typical of the inhabitants of the countryside, can lead to planning actions that are better focused, more humane, culturally competent and thus truly effective.

2.1.Keywords

Culture, Oral Health, Rural Population.

3. INTRODUCCIÓN

A pesar de los considerables avances científicos en la comprensión de la patogenia y las causas de las enfermedades bucodentales, la carga mundial de patologías orales ha persistido(1). La cantidad de personas en el mundo con afecciones bucales no tratadas alcanzó los 3,5 mil millones en 2015; es probable que estos números continúen aumentando a medida que muchas poblaciones sigan creciendo y envejeciendo(2).

La mayoría de las afecciones de salud bucal se pueden prevenir en gran medida y se pueden tratar en sus primeras etapas. En efecto, este año se aprobó en la Asamblea Mundial de la Salud una resolución histórica sobre salud bucodental que recomienda un cambio del enfoque curativo tradicional hacia un enfoque preventivo que incluya la promoción de la salud bucal y una atención oportuna, integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria de salud(3).

Se ha demostrado que la mayor carga de enfermedades bucodentales recae en poblaciones menos favorecidas y socialmente marginadas(4). En América existe una mayor probabilidad de mala salud bucal en todas las edades para las personas de bajos ingresos, miembros de minorías raciales/étnicas, inmigrantes o poblaciones rurales que para poblaciones con mejor acceso a una atención de salud bucodental de calidad(5). Estas inequidades en salud, asociadas a los determinantes sociales estructurales e intermedios, aparecen cuando los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales dan lugar a una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad(6). Históricamente ha existido una brecha reconocida de salud bucodental entre la población rural y urbana. Un estudio publicado el 2017 sobre las políticas nacionales de salud bucal de ocho países pertenecientes a la OCDE, con poblaciones rurales sustanciales, documentó que el concepto 'rural' se presentó con solo un 2% de frecuencia en el lenguaje de las políticas de salud bucal(7). En Chile, la probabilidad de que los niños/as de 6 y 12 años estén libres de caries es 2 veces mayor en las zonas urbanas, en comparación con las áreas rurales(8). En la región del Maule la población de procedencia rural presenta peor estado periodontal en comparación con el referente urbano(9). Estos resultados son concordantes con lo establecido por diferentes autores, quienes concluyen que

la población rural presenta un peor estado de salud oral, menores prácticas preventivas de estas patologías y un enfoque limitado hacia la salud bucal rural en las políticas públicas (4)(7)(10)(11).

Si bien existen revisiones de la literatura que recopilan información relacionada con salud oral y poblaciones rurales, hay una aparente carencia de estudios que ahonden en las representaciones de la población rural sobre su salud oral. Las revisiones actuales se basan mayoritariamente en necesidades(12), valoración del estado de salud bucal(11)(13), políticas en salud oral rural(7)(1), relaciones interpersonales entre profesionales de la salud(14), o simplemente estudios que asocian la ruralidad con mayor prevalencia de enfermedades de la cavidad oral(15)(16)(17). Esto explica la necesidad de ampliar la visión desde el enfoque biomédico centrado en la enfermedad, a los aspectos culturales, ambientales y psicosociales de la salud oral(18).

La educación sanitaria juega un papel crucial en las intervenciones de salud oral de cualquier población, incluyendo la rural. Ésta debe ser oportuna y difundida de una manera culturalmente aceptable. Para ser efectivos, los educadores en salud deben comprender el contexto de la vida rural, entender que existe un fenómeno de sobrevaloración del estado de salud generalizado en la población(19), que perpetúa los comportamientos inadecuados de cuidado influyendo en la condición clínica objetiva. En general, los estudios que buscan medir la alfabetización en salud bucal están fuertemente sesgados hacia el reconocimiento de palabras, aritmética y habilidades de lectura, en lugar de lo que significa en términos de comportamientos de salud y utilización de servicios(20). Comúnmente se niega el aspecto cultural y social que determinan la habilidad de motivación y capacidad de una persona para acceder, procesar y utilizar la información, esto afecta directamente los intentos de promover la salud, que pueden no resultar eficaces si no se transmiten mensajes que se conecten con la población destinataria(21). Por esta razón el concepto clave para abordar el anterior problema planteado es el de “representaciones sociales”.

Las representaciones son un sistema de valores, ideas y prácticas, definidas en términos simples como el saber del sentido común(22). Son conocimientos que se construyen a partir de las experiencias, informaciones y modelos de pensamientos que los individuos reciben y transmiten a través de la tradición, educación y comunicación social.

Consecuentemente el problema de investigación es describir los estudios que exploren los aspectos culturales de la población rural en cuanto a salud oral; con el objetivo de identificar conocimientos, creencias percepciones, prácticas, comportamientos y/o conductas en salud registradas en la literatura científica.

4. MÉTODOS

La búsqueda de información fue realizada en cuatro bases de datos y motores de búsqueda: Pubmed, Web of Science, Scopus y Scielo. Utilizamos combinaciones de encabezados de materias médicas (MeSH) y términos libres, mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” (tabla 1). Con el objetivo de abarcar la mayor cantidad de estudios relacionados, incluimos una amplia gama de palabras y variantes referidas a los anteriores términos.

Tabla 1. Términos de búsqueda

Términos de búsqueda				
Attitude OR	AND	"Oral Health" OR	AND	Rural OR
Behavior OR		"Mouth Diseases" OR		Farmers
Motivation OR		"Tooth Diseases"		
"Self Care" OR				
Values OR				
Social OR				
"Attitude to health" OR				
Cognition OR				
"Self Concept" OR				
Perception OR				
Culture OR				
Knowledge OR				
Attitudes OR				
Practice OR				
Belief OR				
Subjective OR				
"Health Literacy"				

La selección final incluyó 16 artículos de tipo cualitativo y mixto que indagaron en los aspectos subjetivos de la población rural adulta (mayor a 18 años), de origen Latino Americano, del año 2001 en adelante. Solo se incluyeron artículos que declaraban indagar en lo cultural, excluyendo los que se remitían a respuestas dicotómicas o cuantitativas respecto a prácticas o conocimientos objetivos de salud oral.

5. RESULTADOS

5.1. Selección de artículos

La búsqueda inicial arrojó 3.380 artículos con duplicados ya eliminados en el programa Covidence. Inspeccionamos la totalidad de artículos manualmente, seleccionando 2.380 por el título. Posterior a esto, realizamos una selección según título y resumen, excluyendo artículos que involucraran niños y adolescentes e incluyendo los que exploraran al menos uno de los tópicos que apliquen a representaciones, relacionados con la salud oral de la población rural de América. De este filtro, 420 artículos fueron los seleccionados.

Posteriormente la selección se redujo de manera exclusiva a estudios de población originaria de América Latina, lo cual arrojó 45 artículos para revisión de texto completo. De este número, 3 estuvieron duplicados, 4 no se desarrollaban en un ambiente rural, 2 permanecían siendo en poblaciones pediátricas y 20 artículos fueron excluidos por evaluar comportamientos objetivos, como “frecuencia del cepillado dental” y condiciones biomédicas, como el “estado periodontal”.

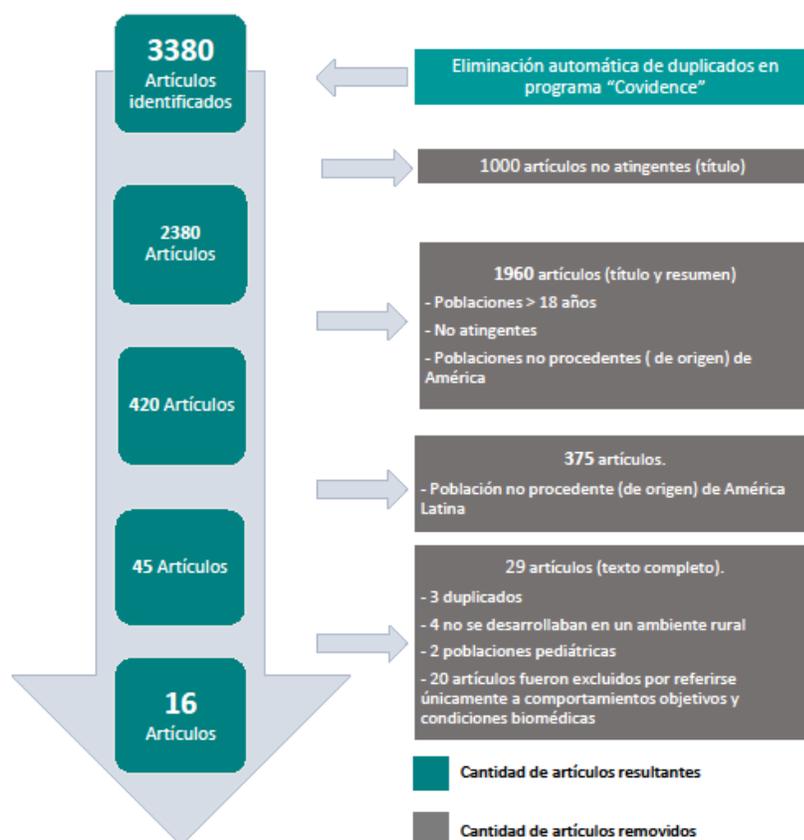


Figura 1. Proceso de selección respecto de la totalidad de artículos revisados. 8

5.2. Características generales de los estudios

Los años de publicación de los estudios se sitúan entre el 2001 y 2018, llevándose a cabo en los siguientes países: EEUU (6), Brasil (7), Argentina (1), Puerto Rico (1) y México (1). La mayoría de los estudios fue de diseño cualitativo (69%) y el principal instrumento de recopilación de datos se basó en entrevistas, utilizadas en 13 de los 16 artículos seleccionados.

Tabla 1. Lugar de conducción, metodología, diseño, instrumentos utilizados y objetivos generales de los estudios.

Categoría	Total = 16
Lugar de conducción	
EEUU	6 (38 %)
Brasil	7 (44 %)
Argentina	1 (6 %)
Puerto Rico	1 (6 %)
México	1 (6 %)
Diseño	
Cualitativo	11 (69 %)
Mixto	5 (31 %)
Instrumentos Utilizados¹	
Entrevistas	13 (50 %)
Encuestas	2 (8 %)
Observaciones	5 (19 %)
Grupos focales	6 (23 %)
Objetivos Generales²	
Proceso salud-enfermedad bucal	4 (25 %)
Extracción dental y edentulismo	2 (13 %)
Calidad de los servicios	1 (6 %)
Proceso salud-enfermedad bucal en niños ³	4 (25 %)
Aceptabilidad de intervenciones	2 (13 %)
Cáncer oral	1 (6 %)
Medicina alternativa	2 (13 %)

¹El total de instrumentos utilizados aumenta debido a que se presentaron hasta 3 instrumentos por artículo.

²El resultado del porcentaje (101%) es inexacto por no uso de milésimas.

³Estudios realizados en poblaciones adultas con respecto al proceso salud-enfermedad bucal en niños.

Los objetivos generales de los estudios se desarrollaron alrededor de siete tópicos orientados principalmente hacia factores individuales, asociados a los conocimientos, percepciones, prácticas y comportamientos en salud oral.

La mitad de los estudios (50%) de los estudios dirigió sus objetivos al proceso salud-enfermedad bucal general o el proceso salud-enfermedad bucal en niños visto desde la perspectiva adulta (Tabla 1). Mientras que el 50% restante enfocó sus objetivos en la extracción dental y edentulismo, cáncer oral, medicina alternativa, calidad de los servicios y aceptabilidad de intervenciones odontológicas; es decir, revelando características específicas o realidades propias de los individuos según una temática común.

5.3. Descripción de la muestra de los estudios: tamaño, edad, sexo y origen

Las muestras de los estudios fueron versátiles en tamaño y edades. El tamaño muestral de los estudios varió desde un máximo de 156 a un mínimo de 20 participantes. La mitad de los estudios (50%) presentaba edades de inicio de las muestras fluctuantes entre los 18 a 35 años, un 38% de los estudios no especificaron la edad de los participantes y solo un 12% se realizó en poblaciones con edades sobre los 60 años (estudios centrados en adultos mayores). Por otro parte, predominaron muestras con un mayor número de mujeres (38%), mientras que cuatro estudios del total se realizaron solamente en mujeres, uno se realizó en una población de hombres (Tabla 2). Los orígenes de los participantes fueron Brasil, Argentina, México, Puerto Rico, Colombia, Cuba, Guatemala y El Salvador, predominando poblaciones brasileñas y, en los estudios procedentes de Estados Unidos, de origen mexicano.

Tabla 2. Edad, tamaño y sexo de la muestra de los estudios.

Categoría	Total = 16
Tamaño	
20-40	7 (44 %)
41-60	4 (25 %)
61-100	1 (6 %)
101-150	3 (19 %)
> 150	1 (6 %)
No especifica	0 (0 %)
Edad (inicio)	
18-20 años	4 (25 %)

21-24 años	3 (19 %)
25-35 años	1 (6 %)
≥ 60 años	2 (12 %)
No específica	6 (38 %)
Sexo	
Mujeres ¹	4 (25 %)
Hombres ¹	1 (6 %)
Mayor porcentaje de mujeres	6 (38 %)
Mayor porcentaje de hombres	0 (0 %)
Similar porcentaje entre ambos sexos ²	1 (6 %)
No específica	4 (25 %)

¹Consideramos como “mayoría” cuando una de las categorías, mujer u hombre, sobrepasa a la otra en un 10% o más, siendo su porcentaje mayor o igual a 55%.

²Consideramos como “porcentaje similar” cuando la diferencia porcentual entre la categoría de mujeres y hombres es menor a 10%, variando los porcentajes de una y otra categoría entre 50-54% y 50-46%.

5.4. Conocimientos, creencias y percepciones

Identificamos conocimientos, creencias y percepciones de salud oral en las poblaciones rurales según distintos temas o categorías que las asemejaban y diferenciaban, estableciendo siete temas: Salud bucodental per se, asistencia profesional, alimentación, salud oral de los niños/as, gestación, exodoncia y medicina alternativa.

Tabla 3. Conocimientos, creencias, percepciones y salud bucodental per se.

Conocimientos, creencias, percepciones y salud bucodental	Artículo
Menor importancia a la salud bucal que a la salud del cuerpo, lo cual evidenció una desvinculación de salud oral con salud general.	10
Las personas definieron dientes “sanos” como aquellos que eran “blancos”, “limpios” y sin dolor. “La boca está sana cuando no duele.”	3,4,7,16
La salud bucodental estuvo ligada estrictamente a lo curativo/correctivo.	2, 7, 11, 12
La salud oral es sinónimo de buena apariencia, importante para la interacción y el desarrollo como individuos.	2, 3, 4
La enfermedad bucal, generalmente caries, se consideraba una experiencia inevitable.	2,3,4,6,11,12
Se evidencia que para las personas el cuidado bucal fue una experiencia personal, representando una responsabilidad individual.	1, 3, 8
Las personas presentaron bajo conocimiento general en relación a salud oral. Otorgándole múltiples causalidades a las enfermedades.	4, 9, 12, 6, 11, 10
Se evidenció que no se establece relación entre caries y enfermedad bacteriana.	4, 7, 10
Las personas perciben que la enfermedad bucal se debe al consumo de alimentos de sabor dulce.	6

Creencia de que la Salud o enfermedad bucal asociada a buenos o malos genes.	6
Las personas asocian la leche y calcio como factor protector de los dientes.	6
Asociación de medicamentos fuertes (ej.: antibióticos) y dientes en mal estado.	3
Aspecto y olor del agua como potencialmente nocivo para los dientes.	3
Creencia de que el Flúor sirve para limpiar, blanquear y/o proteger los dientes.	14, 4
La familia y amigos representaban buena fuente de información con respecto a medidas preventivas y curativas en salud oral.	1, 4, 5
Las personas percibieron a los medios de comunicación como fuentes de información en prevención de salud oral.	4
Mujeres eran percibidas como las guardianas de la salud; responsables de la elección de alimentos, contenido de la dieta y promotora del cuidado.	1, 4, 3, 14
Las percepciones de susceptibilidad y gravedad del cáncer estaban presentes. Se constató un bajo conocimiento con respecto a los factores de riesgo, signos y síntomas de cáncer oral. Se creía que este el cáncer oral tenía tratamiento y cura, asociados a dietas o “recetas”.	15

En general, se le asignaba mucho menos valor a la salud bucodental en comparación con la salud general del cuerpo, si bien esto fue explicitado en solo un artículo (Artículo N° 10), los demás daban cuenta de esta percepción. Las personas consultadas en los estudios, fueran jóvenes, padres, madres, adultos mayores, tenían un conocimiento muy limitado sobre los conceptos básicos de cuidado y etiología de las enfermedades bucales. Si bien principalmente en las poblaciones que tenían mejor acceso a servicios dentales, se exhibían percepciones de base biomédica en relación a las causas de enfermedades bucales, también se presentaban confusiones y etiologías de origen popular. La existencia de conocimientos biomédicos indicó que los modelos explicativos de las enfermedades bucales no se basan meramente en la cultura, sino que estaban moldeados también por sus interacciones con profesionales de la salud (Tabla 3).

Tabla 4. Conocimientos, creencias, percepciones y asistencia profesional en salud bucodental.

Conocimientos, creencias, percepciones y asistencia profesional	Artículo
Se debe acudir a asistencia profesional en presencia de dolor agudo y/o cambios notoriamente visibles, sobre todo cuando está en juego la estética.	3, 4, 16,
Los servicios dentales de emergencia y servicios de atención dental de las escuelas fueron catalogados como útiles e importantes.	3
Percibían que los tratamientos ofrecidos eran limitados, en efecto, las personas desconocían las alternativas de tratamientos dentales.	3, 12, 16
Dentistas estaban enseñando como cuidar los dientes, o salvarlos en vez de sacarlos. Practica normalizada en el pasado.	16
Valoración positiva a servicios y profesionales de salud bucodental, como fuentes de información confiable. Pero, en población con dificultades de acceso se constaron críticas hacia la organización de los servicios y rechazo hacia el odontólogo/a; se esperaba poco del	1, 2, 4, 6, 8, 14, 16

profesional de odontología, representando una figura ajena dentro de las comunidades estudiadas, por su falta de sensibilidad del profesional, como si quisiera deshacerse del paciente.	
Predisposición positiva hacia exámenes y actividades preventivas, siempre que estos respeten el contexto socioeconómico y horarios de trabajo.	15, 13
Miedo generalizado al odontólogo/a. Instrumental, incomodidad tratamiento restaurador.	2,12, 16
La población migrante sintió miedo a ser expulsados del país si se acudían al dentista.	15

Los grupos poblacionales estudiados manifestaron sentimientos de estar a merced y voluntad del odontólogo/a, sin tener decisión frente a los tratamientos a los que podían acceder (Tabla 4), el profesional de la salud bucodental representaba una figura lejana y ajena. Estas percepciones fueron la generalidad, pero dependieron mucho del contexto y la experiencia personal de las personas participantes en los estudios. Lo que manifiesta que existe una valoración positiva a las instituciones y profesionales de salud cuando estos cumplieron con las expectativas de los pobladores.

La alimentación alta en azúcares es uno de los dos factores causal de la enfermedad de caries, los dientes y la cavidad oral son el primer contacto de la comida con nuestro cuerpo y esta tiene una influencia directa sobre nuestra salud general y salud oral. A esto se le puede atribuir énfasis declarado en los distintos textos estudiados.

Tabla 5. Conocimientos, creencias, percepciones y alimentación en salud oral.

Conocimientos, creencias, percepciones y alimentación	Artículo
Importante para mantener la salud general del cuerpo, asociada a la fuerza necesaria para ejercer laboralmente.	3
La enfermedad bucal y/o caries dental está asociada a la alimentación y estructura de los alimentos.	4, 3, 2 y 6
Asociación entre ciertos alimentos y la caries dental, incluyendo consistencia y estructura de los alimentos.	4,3,6
Alimentos beneficiosos para la salud bucal: leche, huevos y verduras. Asociación de la caries a una ingesta insuficiente de leche o calcio.	2, 3, 6
La explicación más comúnmente citada para la enfermedad bucal fue el consumo de alimentos de sabor dulce.	4,3,6
Menos consciencia con respecto a que los refrescos y los jugos también contribuyen a la enfermedad bucal. Por otra parte, se evidenció resistencia frente a los alimentos industrializados, considerándolos como aquellos que tienen “mucho química” incluyendo los refrescos y los “dulces comprados”.	3, 6

Fueron cuatro los artículos que se centraron exclusivamente en el proceso salud-enfermedad bucal en niños. Revelando principalmente actitudes reactivas frente a la

enfermedad dental, los padres o cuidadores relataban la necesidad de encontrar signos visibles acompañados de dolor para acudir al profesional en salud. Si bien los niños representaban una prioridad dentro de los hogares, los desconocimientos frente a los problemas de origen bucodental hacían que se retrasaran las actividades preventivas y la búsqueda de asistencia profesional. (Tabla 6)

Tabla 6. Conocimientos, creencias y percepciones de salud oral en niños.

Conocimientos, creencias y percepciones de salud oral en niños	Artículos
Prioridad de la salud bucodental de los niños/as, por sobre la de padres, madres o cuidadores.	4, 10
Bajo conocimiento general. Múltiples causalidades para enfermedad bucal del niño/a (ej.: mal aliento, infección, trauma, consumo de leche, uso de biberones, microbios que el niño se lleva a la boca, dientes blandos o débiles, deficiencia de calcio, alimentos de sabor dulce).	4, 9, 6, 10
La enfermedad de caries y enfermedades bucodentales representaban una parte normal de la infancia para los padres, madres y/o cuidadores.	4
"Las caries" eran vistas como manchas, que podían eliminarse con el cepillado o mediante "limpianzas".	7
No tenían conocimiento de que causaba la enfermedad dental, pero si supieran lo evitarían.	6
Malas experiencias dentales de la infancia de la madre, hacían que no quisieran lo mismo para sus hijos/as.	4, 16
Solo se debían preocupar en casos donde hubiese cambios visibles y dolor. Las quejas de los niños se corroboraban con lo visible, donde muchas veces no se consultaba a profesionales de salud en caso de solo presentar dolor.	7
La idea de que la caries pueda desarrollarse en los bebés era prácticamente desconocida.	4, 6
La erupción dental, representaba un hito significativo en el desarrollo del niño/a. Representaba un indicador de normalidad.	4
Poca importancia a dientes primarios, ya que serán reemplazados por los dientes permanentes.	4
"Dientes de leche" formados a partir de leche materna.	6
Niños/as presentaban deficiencias innatas, las cuales los hacían más propensos a enfermedades bucales.	4
No se tenía información de cuando se comenzaba con el cepillado de dientes de los niños/as.	4, 10
No se percibía el acompañamiento del cepillado como algo importante o necesario.	10

Las mujeres de los estudios tenían una creencia muy arraigada con respecto a que durante el embarazo no debían someterse a un tratamiento dental o visitar al dentista incluso cuando experimentaban dolor, ya que el procedimiento dental significaba un daño para el feto en gestación (Tabla 7). Como resultado de esta percepción, a muchas mujeres se le extrajeron dientes una vez terminado su embarazo y tuvieron que lidiar con el dolor hasta después del día del parto.

Tabla 7. Conocimientos, creencias y percepciones de salud oral en la gestación.

Conocimientos, creencias, percepciones y gestación	Artículo
Procedimiento dental dañino para el feto en gestación.	12, 4
"Cuanto más hijos tenían, menos dientes conservaban".	12
Perdían pocas restauraciones que tenían durante el embarazo.	12
Miedo de dañar al feto en caso de estar embarazadas.	12, 4

La cantidad de artículos y así poblaciones rurales que extienden su discurso hacia la extracción dental, nos evidencia sentimientos normativos y fatalistas con respecto a los dientes naturales, existiendo una resignación hacia las extracciones y el uso de prótesis dentales. Estas percepciones son un evidente efecto de la creencia sobre el inevitable deterioro de la salud dental con el envejecimiento (Tabla 8).

Tabla 8. Conocimientos, creencias, percepciones y exodoncia.

Conocimientos, creencias, percepciones y exodoncia.	Artículos
La exodoncia representaba un tratamiento y única practica frente al dolor bucodental agudo.	1, 2, 12, 16
La exodoncia era el único tipo de práctica que se realizaba en los centros asistenciales a los que tienen acceso.	2
La extracción dentaria era el tratamiento elegido porque generalmente implicaba solo una visita al dentista sin necesidad de visitas de seguimiento.	12
Extracción de dientes como parte natural de la vida, ya que estos no se podían mantener a través del tiempo.	12
No aceptación de perdida de dientes y edentulismo.	3
Percepción de que los dientes eran reemplazables por aparatos protésicos.	10, 12
Aunque tuvieran dudas sobre extracción, el diente se sacaba de todos modos, "si abrías la boca para el dentista, te quedarías sin dientes".	16
Creencia de que los dientes naturales no eran confiables, en algún momento de la vida estos presentarían una falla. Representando las dentaduras postizas ideales como medida preventiva contra el dolor y los gastos adicionales.	12
Ignorancia frente a si un diente podía marcar la diferencia, perder un diente no era significativo.	16
Preferencia cultural por reemplazar los dientes con dentaduras postizas, definido como hermoso y mucho mejor que dientes naturales.	16
Colocación de dentaduras postizas importante para que "mujeres estén listas para casarse".	16

Ante la ausencia de odontólogos/as en los sectores rurales, el curandero se transformaba en una alternativa confiable para poner fin a los problemas dentales, fundamentalmente en lo que respecta al cese del dolor. Las prácticas populares se sostienen en el hecho de que el curandero es una figura conocida, familiar que les otorga seguridad

frente al miedo que les produce el odontólogo. Además, como ya ha sido referido, los problemas de la boca no son para los pobladores tan riesgosos e importantes como otros tipos de enfermedades, por lo que los curanderos pueden hacerse cargo. (Tabla 9)

Tabla 9. Conocimientos, creencias, percepciones y medicina alternativa.

Curanderos y medicina alternativa	Artículo
Los curanderos podían y eran capaces de hacerse cargo de los "problemas de la boca".	2
Curanderos/chamanes fueron importantes dentro de la comunidad para resolver problemas bucodentales.	2, 5, 8
Las plantas medicinales son beneficiosas para la salud bucodental, también eran menos costosas. Vasto y amplio conocimiento sobre el uso terapéutico de plantas (almacenamiento, procesamiento, cantidad y administración).	4, 5, 8
Remedios populares/alternativos iban desapareciendo lentamente en el tiempo. Representaba una necesidad de recuperar este conocimiento popular.	4, 5
Complementariedad de medicina cultural y biomedicina, se valoraba el uso de las dos.	8

5.5. Prácticas, comportamientos y conductas

El auto tratamiento fue la primera opción terapéutica en todos los estudios que indagaron sobre esto. En los artículos revisados no existieron prácticas de controles odontológicos entre las poblaciones estudiadas, por lo tanto, los comportamientos eran más bien reactivos, frente a una enfermedad aguda o cambios visibles notorios en la cavidad oral.

Tabla 10. Prácticas, comportamientos y conductas en salud oral.

Prácticas	Artículo
Principal practica en salud oral fue la utilización de medicina alternativa y automedicación frente al dolor y problemas de origen bucal.	2, 16, 4, 5, 3,9, 8.
Cuidado, tratamientos alternativos, automedicación, hábitos de higiene asociados con el aprendizaje de otros miembros de la familia y amigos de confianza.	1, 4, 5
Iban al dentista solo en presencia de dolor agudo y/o signos notorios visibles en cavidad oral.	7, 2, 3, 15, 8, 12, 4, 16
Ausencia de atención profesional preventiva y controles odontológicos.	4, 6, 15, 2, 12, 7
Rutina de enjuague y gárgaras como limpieza dental efectiva.	1, 12
Consumo de leche y lácteos para mejorar la salud bucal.	6
Prácticas erradas de alimentación, consecuencia de mensajes de salud mal captados. (ej.: quitar el biberón del niño cuando se queda dormido o cesar su uso para prevenir "caries del biberón" o de temprana infancia).	6, 4

Consumo irrestricto de alimentos con motivo de aumentar la fuerza energética. Salvo en alimentos dulces.	3
Cepillado dental e higiene en niños sin supervisión de padres o adultos. Supervisión consistía en recordar.	3, 7, 10, 6,
No acudir al servicio dental en caso de estar embarazadas, incluso en presencia de dolor agudo.	12, 4, 16
Acudir al servicio dental para extracción de dientes y colocación de dentadura postiza.	12, 16

Las practicas, comportamientos y conductas en salud bucodental estuvieron restringidas a la experiencia individual, a los conocimientos, creencias y percepciones de los pobladores rurales, fundados desde concepciones que se originaron en familia, amistades, medios de comunicación y profesionales de salud. Evidenciamos una mixtura de creencias y a su vez prácticas de carácter biomédico condicionadas por representaciones culturales de salud bucodental.

5.6. Recomendaciones de los estudios de acuerdo a sus resultados

Las recomendaciones de los autores se basaron principalmente en desarrollar estrategias integrales y culturalmente competentes en las distintas áreas de intervención odontológica. Cuatro artículos difundieron la necesidad de facilitar el acceso a la atención dental, enfatizando explícitamente que este acceso no será posible si no se mejoran las condiciones de vida de los ciudadanos. Los demás artículos enfatizaron sus recomendaciones en la mejora de los programas educativos, en el desarrollo de una investigación diferencial según poblaciones, considerando su individualidad como un derecho social.

Tabla 11. Recomendaciones de los estudios según categorías y subcategorías.¹

Categoría	Subcategoría	N=23
Políticas 26%	Equidad en salud (desarrollo socioeconómico, acceso)	4
	Programas de promoción y prevención	1
	Culturalmente apropiadas	1
Programas de educación 26%	Estrategias integrales	2
	Culturalmente apropiados	4
Investigación	Diferencial según población	1

13%	Desarrollo, implementación y/o eficacia de programas	2
Enfoques multidimensionales (más allá de los biomédicos) 9%		2
Profesionales/prestadores/clínicos 13%	Culturalmente conscientes y sensibles	1
	Conocimiento científico más allá del biomédico (holístico)	1
	Mejoramiento de comunicación clínica	1
No dio recomendaciones 13%		3

Identificamos un máximo de tres ideas principales por artículo contenidas en la orientación de los mismos, las cuales se asociaron a un descriptor. Por lo anterior, el número total de descriptores varía de acuerdo a cada término de búsqueda y supera el número de artículos de cada uno de ellos.

5.7. Determinantes sociales de la salud en relación a la salud oral

Los artículos dieron cuenta que la falta de recursos, indocumentación, tiempo y/o lejanía representaban barreras percibidas para la atención dental en las poblaciones rurales. Nueve artículos enfatizaron en el contexto socioeconómico y político de las poblaciones de estudio, donde las condiciones de dispersión repercuten en el desarrollo socioeconómico de las comunidades y acentúan su aislamiento cultural, especialmente en lo referido a la accesibilidad a la salud. La totalidad de los artículos incluyó los factores conductuales y biológicos en sus discusiones, como circunstancias que influyen sobre la salud oral de las personas (Tabla 6).

Tabla 12. Contexto socioeconómico y político, determinantes sociales estructurales e intermedios¹

Categoría	Subcategorías	Artículo	N=73
Contexto socioeconómico y político		1,2, 3, 6, 7, 8, 9, 11,12	9
Estructurales 26%	Posición social	1, 2, 3,12,13, 15	6
	Genero	3, 5, 8, 10,12, 13, 15	7

	Raza y grupo étnico	6, 7, 8, 16	4
	Acceso a la educación	12	1
	Acceso al empleo	12	1
Intermedios 62%	Circunstancias materiales	1, 9, 12	3
	Circunstancias psicosociales	1, 2, 3, 4, 11,12,13, 16	8
	Factores conductuales y biológicos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12,13,14 ,15, 16	16
	Cohesión social	1, 2,4, 5, 8, 11,12, 15	8
	Sistema de salud	1, 2, 4, 6, 9, 11,12,13, 15, 16	10

'No hubo límites en la identificación de determinantes sociales de la salud por artículo, por lo cual el número total de determinantes varía de acuerdo a cada término de búsqueda y supera el número de artículos de cada uno de ellos.

6. DISCUSIÓN

Las representaciones sociales sobre salud bucodental de la población rural revelan que las condiciones objetivas de la vida las determinan, siendo necesario considerar los estilos y modos de vida de las poblaciones a las que se dirigen las acciones de salud.

Las representaciones en salud oral de las poblaciones rurales tienen un componente estético, curativo y reaccional. Si bien se presentaron conocimientos biomédicos de la causa de las patologías bucales, muchas veces se evidenció confusión al respecto, estableciéndose prácticas nocivas en salud bucodental. La enfermedad bucal, se supone una experiencia inevitable; la extracción dental es considerada un “tratamiento” efectivo contra el dolor; la búsqueda de atención profesional se ve motivada por factores estéticos; el miedo o ansiedad que sienten relacionados con el tratamiento dental resulta en un mayor comportamiento de evitación a los servicios odontológicos. Esta resignación generalizada retrasa la búsqueda de atención dental y dificulta la integración modelos preventivos, lo que finalmente lleva a un deterioro general en la de la dentición de estas poblaciones.

Los estudios constatan una alta valorización de métodos alternativos, como terapias ya ampliamente usadas por las comunidades rurales. Si bien existen evidencias etnobotánicas que destacan los posibles efectos farmacológicos de las especies vegetales, prácticamente no hay evidencia clínica disponible(23). Un sistema medico pluralista complejo, con un enfoque que va más allá de las categorías dicotómicas impuestas externamente de la medicina tradicional y moderna puede ser muy útil para arrojar luz sobre otras dimensiones que subyacen a el uso de medicamentos(23). Se debería incentivar la investigación para establecer métodos efectivos e indicaciones específicas, aportando así el mundo científico a las prácticas culturales de las poblaciones. Desplazar el modelo paternalista y biomédico de los profesionales de salud permitiría avanzar hacia un modelo más actual y progresista de educación para la salud, donde los odontólogos sean vistos como facilitadores secundarios que estimulan las propias capacidades de la personas o comunidades capaces de tomar el control de su propia salud(24).

En los estudios que formaron parte de esta investigación se les dio un rol protagónico a los determinantes sociales de la salud. Esto se debe principalmente al abordaje que los artículos tienen, donde en primera instancia exponen el ambiente de las comunidades a estudiar como parte importante de la comprensión y acción individual de las personas en relación a su salud bucodental. Los artículos son bastante críticos al momento de exhibir las problemáticas en relación a salud oral; presentan un contexto histórico de negación de la dimensión social y cultural de las enfermedades bucodentales, junto con la visión general del poblador rural que concibe la salud bucal como algo accesorio(25). Es importante recalcar que el último punto no se expone como una responsabilidad individual de los sujetos pertenecientes a poblaciones rurales, sino como una conceptualización surgida de la realidad social en la que se encuentran inmersos.

Dentro de los estudios se destacó una carga adicional para la mujer rural con respecto a la salud bucodental familiar. Las mujeres fueron percibidas como las guardianas de la salud; responsables de la elección de alimentos, contenido de la dieta y promotora del cuidado. Esto se puede atribuir a que existe una división sexual del trabajo, donde la mujer rural, independiente trabaje fuera o dentro del hogar, es la que se hace cargo de actividades no remuneradas, como la educación, el cuidado y la alimentación de sus hijos. Además de que los problemas de salud se han identificado como un responsabilidad esencialmente femenina, las madres están fuertemente acusadas con respecto a esta obligación social, siendo incluso culpadas socialmente por las condiciones de salud bucal de sus hijos y familia(26). Estas imposiciones representan sobrecargas y limitaciones, que podrían llegar a impedir que disfruten plenamente de sus derechos humanos, dificultando sus esfuerzos por mejorar sus vidas y las de aquellos a su alrededor.

Los estudios encontrados en la literatura sobre representaciones de salud oral en población rural son muy pocos y fueron principalmente realizados en Estados Unidos y Brasil. Esto se explica por la cantidad de habitantes y artículos publicados que presentan. Según la Administración de Recursos y Servicios de Salud estadounidense (HRSA),

aproximadamente 4.2 millones de trabajadores agrícolas temporales y migrantes, principalmente de origen latino, residen en los Estados Unidos (27). Destacamos que Chile presenta estudios sobre percepción y conductas en salud oral, tales como el expuesto por Davis, el 2018, quien realizó un estudio cualitativo con el objetivo de describir y clasificar las principales prácticas culturales utilizadas para aliviar el dolor bucodental en personas pertenecientes a la zona central del país(18). Así también, Misrachi, el 2014, publicó un estudio sobre creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población Mapuche-Williche de Isla Huapi, ubicada al interior del lago Ranco, en la Región de Los Ríos(28).

Esta revisión excluyó los artículos sobre representaciones sociales que no fueran específicos de poblaciones rurales, descartando estudios que incluían población urbana con influencia rural o muestras mixtas, por lo que no es una revisión exhaustiva en este sentido. Así también los artículos incluidos emplean metodología mixta o cualitativa, lo cual si bien está en concordancia con el objetivo del estudio, que busca evaluar el material subjetivo, tales como pensamientos, actitudes y creencias no observables(29), lo anterior no permite calcular y dificulta establecer correlaciones entre las variables sociodemográficas de la población rural y las dimensiones evaluadas(18).

Los resultados obtenidos contribuyen a comprender como la población rural de América Latina entiende la salud bucodental a modo general, se podrían considerar demostraciones preliminares de los conocimientos y tácticas que los pobladores rurales han construido frente al proceso salud-enfermedad bucal según su contexto de vida.

La comprensión de las representaciones sociales, propias de los habitantes del campo, significa una oportunidad para planificar acciones mejor focalizadas, más humanas, culturalmente competentes y así realmente efectivas. Los hallazgos expuestos en esta revisión plantean una oportunidad para abordar las necesidades de salud bucodental a través del desarrollo de materiales apropiados, entregando información que expone percepciones y comportamientos en salud oral, siendo estos útiles al momento de implementar programas preventivos, desplegar más estudios al respecto y desarrollar políticas adaptadas al contexto de las comunidades rurales. Las personas deben ser consultadas y escuchadas en sus

demandas de salud. En consecuencia, se espera que las políticas públicas de salud bucodental adopten cada vez más métodos cualitativos dirigidos a acciones de salud colectiva construidas en conjunto con los sujetos de las acciones, acercándonos así a una fórmula que hiciera que las personas aceptaran mejor los conceptos y las prácticas de salud que se les recomiendan; sin duda, un mejor conocimiento de los factores humanos contribuiría al éxito de los programas de salud.

La gravedad del problema que aqueja a estas poblaciones, debería hacer tomar conciencia a los responsables sobre la necesidad de desarrollar estrategias integrales de intervención pública, con el objetivo de revertir la situación de desventaja y vulnerabilidad en que se encuentran gran cantidad de pobladores de zonas rurales a lo largo de Latinoamérica. Es trascendental entender que lo rural no solo es importante por sus graves problemas de inequidad en salud, sino que también por sus visibles potencialidades. Las poblaciones rurales tienen la capacidad de establecer modelos sustentables, idóneos para implantar una economía basada en el desarrollo de la sociedad y protección de ecosistemas.

7. REFERENCIAS

1. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 2019;394(10194):261–72. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31133-X.
2. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380–7. doi: 10.1177/0022034517693566.
3. World Health Organization. World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care. World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care. 2021. p. <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-world-hea>.
4. Oyedele TA, Adeyemo YI, Ladeji AM, Adetayo AM, Nzomiwu CL. Comparison of Dental Caries and Oral Hygiene Status of Children in Suburban with those in Rural Population of Southwestern Nigeria. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2021;21. doi: 10.1590/pboci.2021.037.
5. Kaur R. Disparities in Access to Oral Health Care. 2020;1–23.
6. OMS. Determinantes e inequidades en salud. *Organ Panam la Salud*. 2012;12–59.
7. Crocombe LA, Goldberg LR, Bell E, Seidel B. A comparative analysis of policies addressing rural oral health in eight English-speaking OECD countries. *Rural Remote Health*. 2017;17(3):1–12. doi: 10.22605/RRH3809.
8. Cabrera C, Arancet MI, Martínez D, Cueto A, Espinoza S. Salud Oral en Población Escolar Urbana y Rural. *Int J Odontostomatol*. 2015;9(3):341–8. doi: 10.4067/S0718-381X2015000300001.
9. Giacaman RA, Sandoval Salas D, Bustos Alvarez IP, Rojas Cáceres MA, Mariño RJ. Epidemiología del estado de salud periodontal en la VII Región del Maule, Chile. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral*. 2016;9(2):184–92. doi: 10.1016/j.piro.2016.07.002.
10. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Azañedo D. Rural and urban disparities in oral hygiene practices among Peruvian children aged less than 12 years:

- Demographic and Family Health Survey 2018. Rural Remote Health. 2020;20(4):5933. doi: 10.22605/RRH5933.
11. Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J*. 2004;54(2):83–9. doi: 10.1111/j.1875-595X.2004.tb00260.x.
 12. Hoang H, Feike S, Lynden T, Barnett T, Crocombe L. Oral health needs of older migrants with culturally and linguistically diverse backgrounds in developed countries: A systematic review. *Australas J Ageing*. 2020;39(3):193–208. doi: 10.1111/ajag.12759.
 13. Zhang Q, Kreulen CM, Witter DJ, Creugers NHJ. Oral health status and prosthodontic conditions of Chinese adults: a systematic review. *Int J Prosthodont*. 20(6):567–72.
 14. Grant JC, Kanji Z. Exploring Interprofessional Relationships Between Dental Hygienists and Health Professionals in Rural Canadian Communities. *J Dent Hyg JDH*. 2017;91(4):6–11.
 15. Heitz-Mayfield LJA. Disease progression: identification of high-risk groups and individuals for periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2005;32(s6):196–209. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00803.x.
 16. Starr JM, Hall R. Predictors and correlates of edentulism in healthy older people. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010;13(1):19–23. doi: 10.1097/MCO.0b013e328333aa37.
 17. Douglass CW, Gammon MD. Reassessing the epidemiology of lip cancer. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol*. 1984;57(6):631–42. doi: 10.1016/0030-4220(84)90286-X.
 18. Davis-Toledo G, Nuñez L, Espinosa A, López L. What do people do before going to the dentist? Qualitative study of cultural practices of pain relief in primary care. *J Oral Res*. 2018;7(8):299–307. doi: 10.17126/joralres.2018.074.
 19. Chen M-Y. Misperception of Oral Health among Adults in Rural Areas: A Fundamental but Neglected Issue in Primary Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2187. doi: 10.3390/ijerph15102187.
 20. Dickson-Swift V, Kenny A, Farmer J, Gussy M, Larkins S. Measuring oral health

- literacy: a scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):148. doi: 10.1186/1472-6831-14-148.
21. Mammen S, Sano Y, Braun B, Maring EF. Shaping Core Health Messages: Rural, Low-Income Mothers Speak Through Participatory Action Research. *Health Commun*. 2019;34(10):1141–9. doi: 10.1080/10410236.2018.1465792.
 22. Barnetche MM, Cornejo LS. El componente bucal en las representaciones del proceso salud-enfermedad-atención construidas por jóvenes en situación de encierro de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Odontoestomatología*. 2019;21(33):14–27. doi: 10.22592/ode2019n33a3.
 23. Giovannini P, Heinrich M. Xki yoma' (our medicine) and xki tienda (patent medicine)-Interface between traditional and modern medicine among the Mazatecs of Oaxaca, Mexico. *J Ethnopharmacol*. 2009;121(3 PG-383–399):383–99. doi: 10.1016/j.jep.2008.11.003.
 24. Nations MK, Nuto S de AS. 'Tooth worms', poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Soc Sci Med*. 2002;54(2):229–44. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00019-3.
 25. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saude Publica*. 2001;17(6):1545–7. doi: 10.1590/s0102-311x2001000600040.
 26. Abreu MHNG de, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1 PG-245–259):245–59.
 27. VJ D, JL RI, HL L. Developing an oropharyngeal cancer (OPC) knowledge and behaviors survey. *Am J Heal Behav*. 2012;36(5 PG-589–601):589–601. doi: 10.5993/AJHB.36.5.2.
 28. Misrachi C, Manríquez J, Fajreldin V, Kuwahara K, Verdaguer C. Beliefs, knowledge, and oral health practices of the Mapuche-Williche population of Isla Huapi. Vol. 25, Chile. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2014.
 29. LM L del V, CA R, Weinstein P. Rural Puerto Rican women's views on children's oral health: a qualitative community-based study. *J Dent Child*. 2005;72(2 PG-61–6):61–6.

8. ANEXOS

Anexo 1. Identificación de los artículos

Nº	Nombre del artículo	Nombre de la revista	Autor
1	[Dental mutilation: rural workers' concepts of responsibility for tooth loss].	Cadernos de Saude Publica (Q2)	Teresa Cristina Mendonça, 2001
2	Concepciones de salud predominantes en comunidades rurales dispersas.	Revista Cubana de Estomatología (Q4)	Hilas et al., 2004
3	Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002	Ciência & Saúde Coletiva (Q2)	Abreu et al., 2005
4	Rural Puerto Rican women's views on children's oral health: a qualitative community-based study.	Journal of Dentistry for Children (Q3)	López del Valle et al., 2005
5	Medicinal plants used for oral health in the Santa Cruz neighborhood, Chapada dos Guimarães, Mato Grosso State, Brazil	Acta Botanica Brasílica (Q2)	Borba et al., 2006
6	Rural Latino Immigrant Caregivers' Conceptions of Their Children's Oral Disease	Journal of Public Health Dentistry (Q2)	Horton et al., 2008
7	Rural Mexican immigrant parents' interpretation of children's dental symptoms and decisions to seek treatment.	Community Dent Health (Q3)	Horton et al., 2009
8	Xki yoma' (our medicine) and xki tienda (patent medicine)-Interface between traditional and modern medicine among the Mazatecs of Oaxaca, Mexico	Journal of Ethnopharmacology (Q2)	Giovannini et al., 2009
9	Analysis of different cultural aspects regarding oral health care in citizens of the rural riverside region in Rondonia State, Brazil	Ciência & Saúde Coletiva (Q2)	Silva et al., 2010
10	Rural Latino farmworker fathers' understanding of children's oral health.	Pediatric Dentistry	Swan et al., 2010

11	“Tooth worms”, povertytattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil	Social Science and Medicine (Q1)	Nations et al., 2010
12	Vulnerability and the Psychosocial Aspects of Tooth Loss in Old Age: A Southern Brazilian Study	Journal of Cross-Cultural Gerontology (Q3)	De Marchi et al., 2012
13	Using community participation to assess acceptability of “Contra Caries”, a theory-based, promotora-led oral health education program for rural Latino parents: a mixed methods study	BMC Oral Health (Q1)	Hoefl et al., 2015
14	Acceptability of Salt Fluoridation in a Rural Latino Community in the United States: An Ethnographic Study.	PLoS One (Q1)	Barker et al, 2016
15	Assessing Oral Cancer Awareness Among Rural Latino Migrant Workers.	J Immigr Minor Health (Q2)	Dodd et al., 2016
16	Beliefs about managing dental problems among older people and dental professionals in Southern Brazil	Community Dentistry and Oral Epidemiology (Q1)	De Aquino et al., 2018