

RAmalia Fernanda Vera-Veloz<sup>1</sup>

**E-mail:** [us.amaliavv72@uniandes.edu.ec](mailto:us.amaliavv72@uniandes.edu.ec)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0004-0396-892X>

Erika Beatriz Mocha-Noboa<sup>1</sup>

**E-mail:** [us.erikamn93@uniandes.edu.ec](mailto:us.erikamn93@uniandes.edu.ec)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0007-4851-4034>

Marianela del Rocío Buitrón-Recalde<sup>1</sup>

**E-mail:** [us.marielabr36@uniandes.edu.ec](mailto:us.marielabr36@uniandes.edu.ec)

**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-6568-8217>

<sup>1</sup> Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ecuador.

**Cita sugerida (APA, séptima edición)**

Vera-Veloz, A. F., Mocha-Noboa, E. B., & Buitrón-Recalde, M. R. (2025). Estado de salud bucodental y conocimientos asociados en el pueblo Tsáchila. *Revista UGC*, 3(S3), 363-368.

**Fecha de presentación:** 09/07/2025

**Fecha de aceptación:** 22/08/2025

**Fecha de publicación:** 01/10/2025

## RESUMEN

El presente estudio buscó cuantificar la prevalencia de caries y enfermedad periodontal, y describir los conocimientos, actitudes y prácticas asociados en la comunidad Tsáchila de Santo Domingo de los Tsáchilas. La investigación empleó una metodología de métodos mixtos, secuencial, que combinó un componente transversal con 180 participantes y un abordaje cualitativo posterior. Para la recolección de los datos se aplicaron exámenes clínicos estandarizados y un cuestionario culturalmente adaptado y validado por el equipo de trabajo. Los resultados mostraron que la prevalencia de caries en dentición permanente alcanzó el 92,6 %, con un índice CPO-D de 7,8, dominado por el componente cariado. En niños, la cifra fue ligeramente menor. La higiene oral fue deficiente en la mayoría de la población, vinculada principalmente al uso de ramas vegetales, método que mostró una menor eficacia para controlar la placa bacteriana. Se identificó una actitud predominantemente reactiva hacia la atención dental y se asoció el consumo habitual de chicha con una mayor experiencia de caries en la dentición primaria. Se demostró que es fundamental proponer mejoras desde el diálogo de saberes, buscando una complementariedad entre el cuidado tradicional y las prácticas preventivas modernas para, en el largo plazo, mejorar estas condiciones de salud.

## Palabras clave:

Caries dental, prácticas tradicionales, comunidades indígenas, poblaciones ancestrales

## ABSTRACT

This study sought to quantify the prevalence of caries and periodontal disease and describe the associated knowledge, attitudes, and practices in the Tsáchila community of Santo Domingo de los Tsáchilas. The research used a sequential mixed-methods methodology that combined a cross-sectional component with 180 participants and a subsequent qualitative approach. Data collection involved standardized clinical examinations and a culturally adapted questionnaire validated by the research team. The results showed that the prevalence of caries in permanent teeth reached 92.6%, with a DMFT index of 7.8, dominated by the decayed component. In children, the figure was slightly lower. Oral hygiene was poor in most of the population, mainly linked to the use of plant branches, a method that proved to be less effective in controlling bacterial plaque. A predominantly reactive attitude towards dental care was identified, and regular consumption of chicha was associated with a higher incidence of caries in primary teeth. It was demonstrated that it is essential to propose improvements based on a dialogue of knowledge, seeking complementarity between traditional care and modern preventive practices in order to improve these health conditions in the long term.

## Keywords:

Dental caries, traditional practices, indigenous communities, ancestral populations.

## INTRODUCCIÓN

La salud bucodental constituye un fiel reflejo de la intrincada red de factores sociales, culturales y biológicos que configuran el bienestar global de los pueblos indígenas en América Latina. La prevalencia de enfermedades bucodentales sigue siendo motivo de preocupación constante, en especial en comunidades originarias cuyo acceso a servicios de salud, educación y recursos preventivos es limitado o intermitente (Nath et al., 2021).

La prevalencia de afecciones bucodentales entre comunidades indígenas en Ecuador y la región circundante pone de manifiesto cifras elevadas tanto en niños como adultos. Estudios en comunidades rurales ecuatorianas han evidenciado que la caries dental representa la principal causa de pérdida dental, y que su etiología es multifactorial, abarcando desde patrones dietéticos hasta prácticas higiénicas y sistemas simbólicos que influyen en la percepción del riesgo y en la búsqueda de atención (Chinnakotla et al., 2022). De hecho, a menudo se opta por la utilización de remedios caseros que, si bien forman parte del acervo cultural, no siempre logran resolver o contener la progresión de la infección (Morales Garzon, 2022). A largo plazo, esto repercute negativamente en la calidad de vida de los individuos y la productividad colectiva.

Es importante considerar que el impacto de la urbanización y la transformación alimentaria moderna ha transformado los patrones morbidológicos tradicionales (Hancock et al., 2020). Esto se traduce en un incremento en la prevalencia de enfermedades odontológicas, caries dental y enfermedad periodontal, a menudo agravadas por la limitada disponibilidad de servicios odontológicos y la falta de continuidad en la educación para la salud oral (Wolf et al., 2021). Así, incluso en contextos donde existen estrategias sanitarias de intervención, persisten obstáculos ligados tanto a la inclusión cultural como a la sostenibilidad de acciones preventivas, detectándose caídas periódicas en la cobertura y finalización de tratamientos básicos.

La perspectiva intercultural adquiere relevancia especial cuando se aborda la tríada de conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) en salud bucal (Sihuay Torres et al., 2020). Las publicaciones académicas señalan que los saberes locales y la cosmovisión indígena respecto a la salud oral, si bien históricamente enmarcadas en visiones mágico-naturalistas, han ido evolucionando hacia la incorporación paulatina de elementos técnico-científicos. Cuando se diseñan modelos de atención que reconocen y dialogan con estos universos simbólicos, se favorece la apropiación de prácticas preventivas y terapéuticas, incrementando la adherencia a recomendaciones profesionales y fortaleciendo la resiliencia comunitaria (Shrivastava et al., 2020).

La comunidad Tsáchila, representa un escenario relevante para la investigación en salud bucodental. Su ubicación geográfica, las características de su organización

social, la presencia de tradiciones ancestrales y su vivencia cotidiana en un entorno marcado por la transición cultural y el acceso desigual a servicios públicos, configuran un contexto idóneo para examinar, con detenimiento académico, la prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal a la par del entramado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral.

El propósito central de esta investigación es cuantificar la prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal, así como caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal dentro de la comunidad Tsáchila de Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador. Este objetivo responde a la necesidad de generar evidencia contextualizada que oriente la toma de decisiones sanitarias y educativas, contribuyendo a diseñar modelos de intervención interculturales, ajustados a la realidad de los pueblos originarios.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio de métodos mixtos de tipo explicativo secuencial, en el que una fase de carácter numérico antecedió a una fase interpretativa con enfoque fenomenológico. El trabajo se desarrolló en las comunas tsáchilas de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas y abarcó a personas de la nacionalidad tsáchila de cinco años o más, residentes habituales en las localidades seleccionadas. Para la componente numérica se seleccionaron 180 participantes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, procurando estratificar por edad y sexo para reflejar la composición poblacional local. De esa cohorte se escogió una submuestra intencionada de 30 individuos para la fase interpretativa, con criterios teóricos hasta alcanzar saturación.

Se definieron criterios de inclusión que exigieron la autoidentificación como miembro de la nacionalidad tsáchila, residencia permanente en la comuna y la firma del consentimiento informado. En menores de edad se obtuvo asentimiento además del consentimiento de su representante legal. Se excluyeron quienes rechazaron la participación o presentaron condiciones que impedían la evaluación bucal segura. El proceso de consentimiento se realizó con la mediación de un traductor tsáfiki-español cuando fue necesario, y se brindó información sobre confidencialidad y derivación en caso de hallarse necesidades de atención.

Las variables relacionadas con el estado bucal se midieron mediante los índices CPO-D/ceo-d, IHO-S y CPI (Benítez-Morales et al., 2021; Garcés-Elías et al., 2025; García-Domínguez et al., 2021). Las preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas se recogieron con un cuestionario estructurado de 35 ítems, adaptado culturalmente y sometido a prueba piloto para revisión de comprensión y consistencia interna. El instrumento incluyó reactivos tipo Likert y preguntas cerradas sobre creencias etiológicas, hábitos de higiene y patrones dietarios.

El examen clínico se efectuó con ficha estandarizada y equipo básico (espejo bucal N.º5, sonda CPI, luz natural). Las entrevistas semiestructuradas de la fase interpretativa abordaron cosmovisión de la salud bucal, razones del uso de remedios tradicionales, percepciones sobre la enfermedad y barreras de acceso al sistema de atención occidental.

La recolección de la información se ejecutó mediante entrevistas presenciales aplicadas por encuestadores entrenados y exámenes clínicos realizados por dos odontólogos calibrados. La calibración incluyó sesiones pre-campo y pruebas interexaminador obteniendo una concordancia Kappa inter-examinador superior a 0,85. Se digitalizaron las fichas clínicas y se implementó una revisión cruzada con un 10 % de la muestra reexaminada para control de calidad y se practicó doble digitación para minimizar errores de captura. Se documentó el entrenamiento del personal y las condiciones de iluminación y posición durante el examen, para garantizar comparabilidad.

Los datos numéricos se procesaron con SPSS versión 28. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y se verificó la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk. En función de esa verificación se aplicaron pruebas paramétricas o no paramétricas. Se documentaron los criterios para el manejo de datos faltantes y las transformaciones aplicadas a variables continuas cuando fue necesario.

La información cualitativa se transcribió de forma literal y se analizó con NVivo 12 según un enfoque temático inductivo. Se practicó codificación abierta, agrupación en categorías y construcción de temas que permitieron interpretar las narrativas en relación con los indicadores numéricos. Para la integración, las interpretaciones procedentes de la fase interpretativa se utilizaron para contextualizar e interpretar los resultados de la fase de carácter numérico, manteniendo la trazabilidad entre casos individuales y variables medidas. Se garantizó la anonimización y se ofreció atención básica o referencia a servicios cuando fue pertinente.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La primera fase del estudio permitió identificar las características sociodemográficas de la muestra. En tal sentido, la tabla 1 resume los principales aspectos observados. La cohorte estuvo concentrada en la población adulta joven (18–34 años) y en la infancia temprana (5–12 años), con predominancia de mujeres sobre hombres.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 180).

Variable	Categoría	n	%
Edad	5–12 años	43	23.9
	13–17 años	29	16.1
	18–34 años	53	29.4
	35–59 años	38	21.1
	≥60 años	17	9.5

Sexo	Mujeres	96	53.3
	Hombres	84	46.7

El examen clínico efectuado indicó una elevada carga de caries en dentición permanente. Como se aprecia en la tabla 2, el componente cariado representó la mayor proporción del índice (C = 5,7), mientras que el componente de obturaciones fue marginal (O = 0,4). Estos datos reflejaron una dominante carga de enfermedad activa y baja cobertura de tratamientos restauradores. Desde la perspectiva clínica esto implica una acumulación de lesiones no tratadas que, según la ficha diagnóstica, con frecuencia llevaron a conductas terapéuticas extractivas antes que a la conservación dentaria.

Tabla 2. Indicadores de caries en dentición permanente y primaria.

Dimensión	Muestra (n)	Valor
Dentición permanente	135	Prevalencia caries 92.6% (125/135)
		CPO-D media 7.8 ± 3.9
		C (media) 5.7 (73.1% del CPO-D)
		P (media) 1.7 (21.8% del CPO-D)
		O (media) 0.4 (5.1% del CPO-D)
Dentición primaria (5–12 años)	43	Prevalencia caries 83.7% (36/43)
		ceo-d media 4.6 ± 2.8

En la dentición primaria, entre los 43 niños analizados, la prevalencia de caries alcanzó un 83,7% con un ceo-d medio de 4,6. La alta proporción de dientes afectados en edades tempranas implica un riesgo temprano de dolor, alteración del sueño y repercusiones en el rendimiento escolar. En el contexto local, estos resultados repercuten en la demanda de atención pediátrica y en la carga sobre cuidadores y familiares.

Como se observa en la tabla 3, el índice de higiene oral simplificado (IHO-S) promedio para la muestra completa fue 2,2 ± 0,7 y la clasificación mostró que un 71,1% de los participantes presentó puntajes en el rango definido como malo. Esto, unido a la escasa proporción de obturaciones, es claro indicativo de controles de placa deficientes y una baja adopción de rutinas preventivas efectivas. En este punto, es válido destacar que niveles elevados de placa y sarro no solo explican una elevada prevalencia de caries, sino que también constituyen el sustrato para la enfermedad periodontal observada en adultos.

Tabla 3. Higiene oral (IHO-S) y estado periodontal (CPI) en adultos.

Indicador	Muestra	Valor
IHO-S (total)	180	Media 2.2 ± 0.7
		Malo (1.9–3.0): 128 (71.1%)
		Regular (0.7–1.8): 46 (25.6%)
		Bueno (0.0–0.6): 6 (3.3%)
CPI (adultos ≥18 años)	108	Sangrado gingival: 24 (22.2%)
		Cálculo dental: 63 (58.3%)
		Bolsas 4–5 mm: 18 (16.7%)
		Sano/Encías sangrantes sin cálculo: 3 (2.8%)

El examen periodontal en adultos mostró predominio de cálculo dental y sangrado gingival en el 22,2% de los sujetos, mientras que bolsas periodontales de 4–5 mm se registraron en más del 15% de la muestra. Estos indicadores describieron una situación en la que la acumulación mineralizada y la inflamación gingival fueron eventos frecuentes; por su parte, la presencia de bolsas periodontales en una proporción notable de los adultos indicó la existencia de procesos destructivos en la unidad de soporte dental que requerían valoración y manejo.

En este maco, la relación entre altos índices de placa y la elevada proporción de caries activas indicó, de manera preliminar, la necesidad de priorizar medidas preventivas adaptadas culturalmente a la comunidad en la población infantil y joven adulta. El marcado desequilibrio entre dientes cariados y dientes obturados señala un déficit en la provisión y el acceso a tratamientos conservadores.

Los datos derivados del cuestionario KAP evidenciaron patrones claros en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucal en la población estudiada. Los conocimientos sobre la etiología de la caries mostraron interpretaciones diversas, donde poco más del 40 % identificó los restos de comida como causa principal, mientras que casi un quinto de ellos atribuyó su origen a “gusanos o espíritus” y otro grupo consideró que era un proceso normal asociado a la edad. Como se muestra en la tabla 4, una proporción relevante indicó desconocer la causa. Este patrón refleja la persistencia de concepciones tradicionales que influyen en la forma de interpretar el dolor y decidir acudir a atención odontológica.

Tabla 4. Conocimientos y percepciones sobre salud bucal.

Ítem	Categoría	n (%)
Causa principal de la caries	Restos de comida	74 (41,3)
	Gusanos o espíritus	34 (18,9)
	Edad / normalidad	29 (16,4)
	No sabe	42 (23,4)

Significado del sangrado gingival	Cepillado excesivo	70 (38,7)
	Señal de enfermedad	56 (31,1)
	Normal / no presta atención	41 (22,8)
	No sabe	

En relación con la percepción del sangrado gingival, predominó la interpretación de que se debía a una técnica de cepillado excesiva, aunque una parte significativa lo vinculó con enfermedad, y un grupo lo consideró normal o no le prestó atención. Estas respuestas señalaron que la comprensión sobre signos de enfermedad periodontal es heterogénea, lo cual explica la baja detección temprana y la ausencia de búsqueda de atención preventiva.

Las actitudes hacia la atención odontológica presentaron un patrón reactivo marcado, pues la mayoría coincidió en que solo acuden al dentista cuando existe dolor o problema grave. Un porcentaje menor consideró la revisión anual o bimensual, y otro grupo señaló acudir únicamente a remedios tradicionales. Este comportamiento se vincula con la alta proporción de caries sin tratamiento restaurador observada clínicamente, evidenciando una tendencia a resolver los problemas dentales cuando ya son sintomáticos.

En cuanto a las prácticas de higiene oral, se observó una fuerte persistencia del uso de ramas como principal herramienta de limpieza, seguida por cepillos comerciales con pasta dental. El uso de métodos tradicionales como el carbón o la ceniza se mantuvo presente, y una minoría no realizó limpieza en los últimos días. La frecuencia de limpieza predominante fue una vez al día, lo que, considerando los niveles de placa y sarro documentados, resultó insuficiente para la prevención de caries y enfermedad periodontal (Tabla 5).

Tabla 5. Actitudes y prácticas de higiene oral.

Ítem	Categoría	n (%)
Frecuencia de visita al dentista	Solo ante dolor/problema	134 (74,6)
	Una vez al año	22 (12,2)
	Nunca / remedios tradicionales	18 (9,8)
	Cada 6 meses	6 (3,4)
Material de higiene principal	Rama de árbol	141 (78,3)
	Cepillo + pasta	31 (17,2)
	Cepillo sin pasta	15 (8,4)
	Dedo + carbón/ceniza	11 (6,1)
	No limpieza reciente	8 (4,4)
Frecuencia de limpieza	Una vez al día	122 (67,8)
	Ocasionalmente	34 (18,9)
	Dos o más veces al día	17 (9,4)
	Rara vez/nunca	7 (3)

El análisis dietario evidenció un consumo frecuente de azúcares simples y fermentados. El consumo regular de bebidas azucaradas comerciales fue elevado, así como la ingesta de “chicha” y frutas muy dulces. Un porcentaje significativo indicó consumo habitual de caramelos o galletas. Estos patrones configuraron una exposición dietaria con alto potencial cariogénico, coherente con la elevada prevalencia de caries detectada en la muestra.

La integración de estos elementos permitió deducir que la persistencia de creencias tradicionales, la actitud reactiva frente a la atención odontológica, las prácticas higiénicas centradas en métodos culturales y la alta ingesta de azúcares constituyeron factores interrelacionados que explicaron el patrón clínico observado. Estos datos orientan la necesidad de estrategias de promoción de salud bucal adaptadas culturalmente, capaces de mejorar la comprensión etiológica, modificar conductas y fortalecer hábitos preventivos.

El análisis inferencial realizado identificó asociaciones relevantes entre variables clínicas, conductuales y dietarias. El uso predominante de ramas como método principal de higiene oral se asoció con índices IHO-S significativamente superiores ( $p < 0,05$ ) en comparación con el uso de cepillo dental comercial, lo que indicó una menor eficacia en la remoción de placa. Esto evidenció que la frecuencia de limpieza no era suficiente para garantizar salud bucal cuando el método empleado era menos eficiente.

En niños, el índice ceod se correlacionó significativamente con el consumo habitual de chicha en el hogar ( $p < 0,05$ ), más que con la ingesta de golosinas industriales. Este patrón sugirió que las costumbres dietarias tradicionales, de consumo repetido, influyeron de manera relevante en la carga de caries en dentición primaria.

Entre los adultos, el componente de pérdida dental del CPOD fue mayor ( $p < 0,01$ ) en quienes tenían  $\geq 35$  años respecto a adultos jóvenes. Esta asociación reflejó décadas de caries no tratadas y una tendencia a resolverlas mediante extracción, patentizando acceso limitado a atención restauradora a lo largo del ciclo vital. Así, el historial de acceso a cuidados se mostró como un factor determinante del estado bucal en edades avanzadas.

La relación entre conocimiento sobre la causa de la caries y prácticas de higiene oral mostró una asociación débil. Quienes identificaron correctamente los restos de comida como causa tuvieron una probabilidad ligeramente mayor de usar cepillo dental (OR: 1,4;  $p = 0,08$ ), sin alcanzar significancia estadística fuerte. Esto evidenció que el conocimiento, sin acompañarse de cambios culturales o acceso a recursos, no garantizó modificaciones en la conducta.

Con base en los resultados observados durante el estudio se propone la realización de estrategias enfocadas a mejorar la salud bucal y reducir la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en esta comunidad. La figura 1 muestra un resumen de las estrategias propuestas.

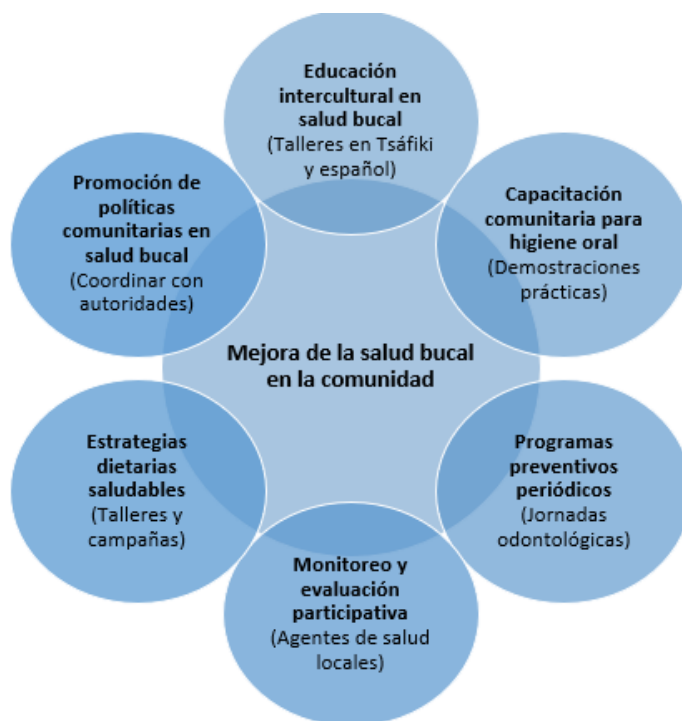


Figura 1. Estrategias propuestas para la mejora de la salud bucal en la comunidad.

## CONCLUSIONES

El estudio realizado permitió cuantificar la situación de salud bucal en la comunidad Tsáchila, lo que evidenció una prevalencia extremadamente elevada de caries en ambos tipos de dentición y una higiene oral predominantemente deficiente. Se caracterizaron los conocimientos, actitudes y prácticas, observándose que las interpretaciones etiológicas sobre la caries se distribuían entre concepciones modernas y tradicionales, mientras que las prácticas de limpieza se basaban mayoritariamente en el uso de ramas. Esto permitió establecer que la eficacia limitada de los métodos tradicionales de higiene, unida a una frecuencia de limpieza insuficiente y a una actitud reactiva hacia la atención odontológica, conforman un escenario complejo que explica la alta carga de enfermedad. La identificación de la chicha como un factor dietético asociado a la caries infantil destacó la importancia de considerar los hábitos culturales específicos, más allá de los alimentos azucarados industriales. Se pudo constatar que el conocimiento correcto por sí solo no se traduce de manera efectiva en mejores prácticas.

La investigación aportó una base práctica detallada que sustenta el diseño de estrategias sanitarias culturalmente pertinentes. Los datos recogidos mostraron cómo el acceso principalmente curativo a los servicios dentales ha tenido un impacto tangible en la pérdida dentaria en la población adulta, un problema que se ha ido acumulando a lo largo de los años. A partir de aquí, es importante considerar que cualquier iniciativa futura debe trabajar de la mano con la comunidad, valorando sus saberes y

proponiendo mejoras que integren sus costumbres. Este trabajo abre la puerta a desarrollar y evaluar modelos de promoción de la salud que combinen el uso de cepillos dentales con el reconocimiento de las prácticas ancestrales, buscando un punto de encuentro que favorezca la adopción de rutinas más efectivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benítez-Morales, B., Jiménez-Grande, Y. I., Muñoz-Quintana, G., Lezama-Flores, G., Guerrero-Castellón, M. P., & Rodríguez-Romero, K. G. (2021). Correlación del índice CPOD y ceo-d con el índice de higiene oral simplificado. *Revista Tamé*, 5(17), 621–624. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTI-CULO=100656>
- Chinnakotla, B., Susarla, S. M., Mohan, D. C., Turton, B., Husby, H. M., Morales, C. P., & Sokal-Gutierrez, K. (2022). Associations between maternal education and child nutrition and oral health in an Indigenous population in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 473. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/1/473>
- Garcés-Elías, M. C., Fernández-Coll, A. P., Beltrán, J. A., León-Manco, R. A., & Mas-López, J. (2025). Proceso de calibración para el diagnóstico de caries dental utilizando el índice CPO. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 27(1), 134–142. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=119749>
- García-Domínguez, M., Otzen, T., De-la-Fuente-Hernández, J., & Manterola, C. (2021). Higiene oral y salud periodontal en trabajadores agrícolas migrantes y su asociación con el alfabetismo funcional en salud oral. *International Journal of Odontostomatology*, 15(1), 159–165. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2021000100159&script=sci\\_arttext&tln-g=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2021000100159&script=sci_arttext&tln-g=en)
- Hancock, S., Zinn, C., & Schofield, G. (2020). The consumption of processed sugar- and starch-containing foods, and dental caries: A systematic review. *European Journal of Oral Sciences*, 128(6), 467–475. <https://doi.org/10.1111/eos.12743>
- Morales Garzón, A. V. (2022). *Acercamiento a las percepciones sobre salud oral de las comunidades indígenas de Colombia: Revisión documental* [Tesis de maestría, Universidad del Bosque].
- Nath, S., Poirier, B. F., Ju, X., Kapellas, K., Haag, D. G., Ribeiro Santiago, P. H., & Jamieson, L. M. (2021). Dental health inequalities among Indigenous populations: A systematic review and meta-analysis. *Caries Research*, 55(4), 268–287. <https://doi.org/10.1159/000516137>
- Shrivastava, R., Couturier, Y., Girard, F., Papineau, L., & Emami, E. (2020). Two-eyed seeing of the integration of oral health in primary health care in Indigenous populations: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01195-3>
- Sihuay Torres, K., López Príncipe, M. E., Cigüeñas Raya, E., & Mezarina Mendoza, J. P. (2020). Relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de los padres con la caries de infancia temprana de niños con anemia de la comunidad de Recuay. *Revista Odontología Pediátrica*, 19(2), 43–50. <https://core.ac.uk/download/pdf/487233988.pdf>
- Wolf, T. G., Cagetti, M. G., Fisher, J.-M., Seeberger, G. K., & Campus, G. (2021). Non-communicable diseases and oral health: An overview. *Frontiers in Oral Health*, 2, 725460. <https://www.frontiersin.org/journals/oral-health/articles/10.3389/froh.2021.725460/full>