

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA
LICENCIATURA EN CIRUJANO DENTISTA**

**“Perdida dental y factores asociados en un
grupo de mujeres de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas”**

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRIJJANA DENTISTA

PRESENTA:

INGRID BERENICE FLORES CASTRO

Asesores

Mtro. Alejandro Meza Castillejos

Mtro. Jorge Ariel Montero Orozco

Mtra. María Magdalena Patiño Suarez

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 18 de Septiembre de 2025



Parte trasera de la portada



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN ESCOLAR

Lugar: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Fecha: 18 de Septiembre de 20225

C. **INGRID BERENICE FLORES CASTRO**

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

"Perdida Dental y Factores Asociados en un Grupo de Mujeres de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas"

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Alejandro Meza Castillejos

Mtro. Jorge Ariel Montero Orozco

Mtra. María Magdalena Patiño Suárez



Firmas

[Firma]
[Firma]
[Firma]

**FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA**

Ccp. Expediente



Parte trasera de la portada

Dedicatoria

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi Madre.

Por darme la vida, quererme mucho, creer en mí, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi Padre.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi Hermana

Por impulsarme a ser mejor cada día, y a estar conmigo en todos mis logros durante mi vida escolar, así como a brindarme su apoyo incondicionalmente

Parte trasera de la portada

Agradecimientos

Quiero agradecer a todos mis doctores y doctoras que fueron parte de mi formación durante estos años escolares, ya que ellos me enseñaron a valorar los estudios y a superarme cada día, también agradezco a mis padres ya mi hermana porque ellos estuvieron en los días más difíciles y felices de mi vida como estudiante.

Y agradezco a Dios por darme la oportunidad de lograr una meta más para mí, ya que el más que nadie sabe por todo lo que he tenido que pasar para lograr este objetivo más en mi vida además que esto es el comienzo de una nueva etapa de mi vida, ya que sé que mis metas planteadas darán fruto en el futuro y por ende me debo esforzar cada día más para ser mejor.

Parte trasera de la portada

INDICE

Introducción	11
Planteamiento Del Problema	12
Objetivos	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
Justificación	14
Marco teórico	15
Antecedentes	15
La salud y sus determinantes	15
Determinantes de la salud	16
Determinantes sociales de la salud	17
Promoción de la salud	19
Educación sanitaria	20
Consecuencias de la falta de dientes:	22
La falta de muelas deforma la cara	22
Problemas de fonación	22
Problemas de masticación	22
La falta de dientes cambia la posición de las piezas dentales de alrededor	23
Causas de la falta de dientes	23
Enfermedad periodontal avanzada	23
Caries que no Pueden Restaurarse	23
Golpes y traumatismos que causan falta de dientes	24
Enfermedades congénitas	24
Solución a la falta de dientes	24
La pérdida de las piezas dentales y la autoestima	25
Marco referencial	27
Perdida dentaria	27
Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y socio económicos.	29
Factor fisiológico	29
Reabsorción ósea	29
Alteraciones estéticas	30

Problemas en la masticación.....	30
Problemas musculares y de la ATM	31
Problema de fonética	31
Causas de la falta de dientes.....	32
Distinguimos, entonces, cuatro posibles causas para la pérdida de dientes:	33
Consecuencias de la pérdida de un diente o varios dientes	34
Las consecuencias más comunes de la falta de dientes son ¹⁷ :	34
Material y método	37
Criterios de investigación	37
• Criterios de inclusión	37
• Criterios de exclusión	37
• Criterios de eliminación	37
Variables	38
Método de recolección de datos	40
Plan de tabulación y análisis	40
Resultados.....	41
Prevalencia de pérdida dental	42
Discusión	45
Conclusiones	49
Bibliografía.....	51
Anexos.....	56

Introducción

En las últimas décadas diversos estudios, a nivel mundial reportan una reducción en la prevalencia e incidencia de la pérdida dental (PD) en todos los grupos de edad, sin embargo, esta condición aún se encuentra clasificada entre las cien afecciones principales de salud que más afectan a la población mundial. La pérdida dental es una marca de desigualdad social, disminuye la capacidad masticatoria, dificulta y limita el consumo de varios alimentos, afecta la fonación y causa daños estéticos que pueden conducir a cambios psicológicos, que tienen un impacto en la calidad de vida del individuo. La pérdida dental se considera el indicador más útil del estado general de la salud bucal, ya que indica el efecto de cohorte de la enfermedad bucal, tanto la actitud y el comportamiento del individuo como del profesional hacia la higiene dental, la accesibilidad y la filosofía de los servicios dentales, y también las creencias y valores culturales sobre la salud bucal. Este hecho demuestra la relevancia de estudiar la pérdida dental de forma cualitativa (posición) y cuantitativa (cantidad de dientes perdidos) entre la población adulta, mejorando la comprensión de los factores de riesgo que conducen a esta afección además de los determinantes sociales, que claramente han demostrado ser una asociación probable para tener más PD tales como: edad, sexo femenino, tener una condición socioeconómica baja o promedio, menor educación, uso de servicios públicos, no poder manejar el estrés psicológico, razón para buscar servicios dentales, fumar, pérdida previa de dientes, caries dental y enfermedad periodontal, entre otros.

Planteamiento Del Problema

Una ausencia dental (propriadamente llamada edentulismo) es la consecuencia de la pérdida de una pieza dental definitiva, ya sea por su caída o su extracción por parte de un dentista. Aunque este problema puede darse en todas las épocas de la vida, la pérdida de los dientes afecta más a personas de edades avanzadas, que suelen tener las encías en peor estado y más problemas de densidad ósea, sobre todo en las mujeres con osteoporosis¹.

Además de traumatismos, que pueden causar la pérdida de uno o más dientes, la pérdida de piezas dentales suele producirse por dos causas principales: una enfermedad periodontal en su etapa más avanzada destruye el tejido que sostiene el diente, por lo que las piezas dentales acabarán moviéndose y cayendo. También puede causarla una caries tan grave que no sea posible salvar el diente con una endodoncia. En ese caso, se hace necesario extraer la pieza dental para aliviar el dolor del paciente y evitar que se extienda la infección.

Una persona con ausencias dentales no puede masticar bien los alimentos, por lo que debe limitarse a alimentos blandos, y la incomodidad que ello genera. Además, con el deterioro de su función masticatoria, se expone a todo un abanico de problemas digestivos y nutricionales. Los cambios en su mecánica al masticar también pueden producir problemas de oído, dolor de cabeza o en las cervicales.

Por otra parte el edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida es un hecho más común y suele ser secundario a procesos patológicos como las caries, enfermedad periodontal, traumatismos, enfermedades sistémicas, higiene bucal, hábitos bucales (morder el lápiz o las uñas, bruxismo), adicciones (tabaquismo y alcoholismo)².

Una de las principales metas de los trabajadores de la salud bucal es el mantenimiento de los dientes naturales por el mayor tiempo posible. Además, estas dos enfermedades son la principal causa de pérdida de dientes permanentes, siendo la enfermedad periodontal la principal causa en las personas adultas, y la caries dental, en las personas jóvenes³. Con relación al problema de investigación,

la pregunta de este estudio se define de la siguiente manera: ¿Cuál es la prevalencia de pérdida dental en mujeres de la A.C. CONSERVA de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

Objetivos

Objetivo general

Estimar la prevalencia de PD en mujeres de la A.C. CONSERVA de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y su asociación con las condiciones sociodemográficas y uso de servicios dentales.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de las piezas dentales ausentes, así como tipo de diente y localización.
- Identificar edad, escolaridad, estado civil, actividad y motivo de utilización de servicio dental en el último año.
- Asociar la PD con las variables independientes

Justificación

La pérdida dental y factores asociados en un grupo de mujeres de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas, es una investigación, de suma importancia debido a que actualmente en el estado de Chiapas no hay los suficientes artículos publicados acerca de este tema.

Además, como anteriormente fue mencionado las causas por las cuales se pueden perder piezas dentales son variadas: desde un golpe practicando deporte, un posible accidente o el desarrollo de enfermedades como las caries. Algunas de esas razones pueden evitarse (como prevenir las enfermedades de las encías, por ejemplo) pero otras quedan fuera del control de la persona, y ante ese suceso se debe acudir al dentista y tomar una medida al respecto.

Marco teórico

Antecedentes

El desdentamiento no es una enfermedad exclusiva de los adultos mayores, sino que cada vez se hace más evidente en edades tempranas. Numerosas son las causas que pueden provocar estas diferencias entre una región u otra en el mundo, dentro de ellas se puede mencionar la edad, la presencia de enfermedades bucales como causa directa del desdentamiento al ocupar los primeros lugares la caries dental y las periodontopatías. No solo las condiciones bucales desfavorables conducen a la pérdida dentaria, también existen factores sociales, económicos y culturales que determinan su prevalencia, entre los que se pueden citar el bajo ingreso económico, el nivel educacional de padres y familiares, condiciones higiénico-sanitarias, accesibilidad a los servicios de salud, fluoración de las aguas entre otras.

Los adultos jóvenes en general presentan una baja percepción de riesgo a enfermar pues en su gran mayoría desconocen las causas que pueden provocar las enfermedades bucales y las consecuencias que pudieran acarrear en un futuro donde conductas incorrectas conducirían a la pérdida dentaria. En esta etapa de la vida se le atribuye poca importancia a la higiene bucal, donde son muy pocos los que realizan el cepillado dental en la forma y frecuencia recomendada además que no permiten la cooperación familiar debido a la poca valoración que le dan a la higiene bucal⁴.

La salud y sus determinantes

El concepto de salud se ha modificado a lo largo del tiempo, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en 1948 como el estado de completo bienestar físico, ⁵mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones . Posteriormente, Milton Terris la definió como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solamente ausencia de enfermedades o invalidez. La OMS con la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” estableció el que todas las personas tengan un

nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven.

La Salud, abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo), por tanto, es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

La salud es derecho humano fundamental, en la Carta de Ottawa se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud⁶.

Determinantes de la salud

Los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses (1974), enunció un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores⁷:

1. El Medio Ambiente: que incluye factores que afectan al entorno del hombre y que influyen decisivamente en su salud, son los relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente al entorno social.

2. Los estilos y hábitos de vida: en el que se consideran los comportamientos y hábitos de vida que condicionan negativamente la salud. Estas conductas se

forman por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social.

3. El sistema sanitario: entendiendo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, así como la buena praxis y cobertura, entre otros.

4. La biología humana: se refiere a la carga genética y los factores hereditarios, adquieren gran relevancia a partir de los avances en ingeniería genética logrados en los últimos años que abren otras posibilidades y que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas requieren.

Determinantes sociales de la salud

En años más recientes se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió a los Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y ⁸ envejecen, incluido el sistema de salud” . Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo.

A la par, al interior de las naciones puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades e incluso entre diferentes grupos poblacionales. Estas diferencias configuran el estado de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, estilos de vida, circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud.

1. Estructurales y/o sociales: se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.

2. Intermedios y personales: Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:

- Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.
- Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.

Promoción de la salud

Es bien conocido que la epidemiología y la promoción de la salud son disciplinas básicas de la Salud Pública. La primera se encarga de reconocer los determinantes de la salud y la segunda a intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellos. La epidemiología, que caracteriza a las poblaciones según las variables tiempo, lugar y persona, identifica los factores que aumentan o reducen las probabilidades de sufrir un daño en la salud. La Promoción de la Salud, parte de esta caracterización y trabaja tomando en cuenta el origen de los determinantes, analizando la forma en que las personas se exponen a los riesgos, poniendo énfasis en averiguar cómo pueden éstas ya sea protegerse o volverse más resilientes, y utilizar los determinantes favorables para impulsar su bienestar.

Por otra parte, el Modelo Operativo de Promoción de la Salud señala que son determinantes positivos de la salud aquellos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la gente y su bienestar funcional. El objeto de la promoción de la salud es, en primera instancia, favorecerlos. Son determinantes de peligro aquellos que afectan la salud de la población, modificando la morbilidad y mortalidad en un sentido negativo. El propósito de la promoción de la salud es evitarlos o delimitarlos. En este sentido, la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global ⁹ que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarlos.

Una cualidad de la Promoción de la Salud es su carácter anticipatorio, es decir, la virtud de prever y prevenir el desarrollo natural de la enfermedad, las acciones de Promoción de la salud es evitarlos o delimitar los Salud tienen por objeto modificar los determinantes de la salud. Los resultados de esta acción se reflejan en mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional

de las personas. Invertir en Promoción de la Salud brinda un mayor beneficio en salud, así como en un menor gasto.

La carta de Ottawa menciona las 5 funciones de la Promoción de la Salud¹⁰:

1. Desarrollar aptitudes personales para la salud: se refiere a proporcionar la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida;

2. Desarrollar entornos favorables: consiste en impulsar que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimular la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes;

3. Reforzar la acción comunitaria: impulsar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud;

4. Reorientar los servicios de salud: impulsar que los servicios de salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.

5. Impulsar políticas públicas saludables: colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados.

Educación sanitaria

Consiste en conseguir que la población adquiera conocimientos básicos en cuestiones sanitarias, necesarios para la prevención de enfermedades, los tratamientos en caso de urgencias, la nutrición adecuada, etc. Es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. Desde este punto de vista, la educación sanitaria comprende un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos formales e informales, que ejecutan permanentemente (educación continua) como parte de las actividades institucionales¹¹.

El objetivo de la educación sanitaria es hacer de la salud un bien colectivo, formando a la población para que pueda contribuir en su salud de manera participativa y responsable, cambiando conductas perjudiciales y consolidando las saludables, por tanto la educación sanitaria se fundamenta en la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad, para mejorar los determinantes de salud de toda la población y permitir el aprendizaje de hábitos de vida saludable.

Actualmente la Educación para la Salud (EPS) se considera como el proceso educativo para promover y educar en factores que inciden sobre la población en general y sobre cada individuo en particular. No solo es enseñar conductas, sino motivar al cambio para crear comportamientos saludables.

La EPS es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos. Básicamente es un proceso constructivo de promoción y cambios educativos enfocado a mejorar la salud de todas las personas.¹²

Los objetivos de la EPS son: favorecer conductas positivas que dirijan a una vida saludable, lograr cambios medioambientales que ayuden a mejorar el entorno en el que vivimos y hacer partícipes y corresponsables a los individuos de su proceso del autocuidado de su salud.

Las actividades para lograr lo anterior tienen fundamento científico y metodologías, técnicas y herramientas didácticas específicas para generar un proceso educativo, algunas de ellas son mediante una educación personalizada de forma individual, o bien de manera grupal y para abarcar a un mayor número de individuos generando procesos educativos para grupos poblacionales, algunas de ellas son: sesiones educativas, talleres, orientación, consejería, actividades lúdicas, grupos de autoayuda, entre otras.

Consecuencias de la falta de dientes:

Uno de los problemas más graves que ocurren en la boca de una persona es la falta de dientes definitivos, ya que no volverán a salir una vez que se hayan perdido. El término médico de esta afección se conoce como edentulismo y consiste en la falta de uno o varios dientes definitivos. Puede ser que te falte una muela, dos muelas seguidas o incluso todas las piezas.

En cualquier caso, las ausencias provocan problemas más graves de lo que parece si no se soluciona a tiempo, siendo no solamente problemas estéticos a corto plazo, sino otros más graves que incluso podrían provocar una mayor pérdida de piezas¹³.

La falta de muelas deforma la cara

Cuando faltan uno o varios dientes, se pierde densidad ósea en la cara. Eso es porque se reabsorbe el hueso y porque pierde densidad al no tener un diente. De hecho, en casos avanzados se deforma la cara por la pérdida de hueso en los maxilares, apareciendo irregularidades como la exótesis.

Los problemas estéticos relacionados serán visibles y provocarán problemas de autoestima. La cara envejecerá, se perderá contorno labial, la boca será más ancha y se perderá la dimensión vertical. Además, mantenerlo durante mucho tiempo dificultará la colocación de prótesis e implantes, necesitando costosos tratamientos de regeneración ósea para poder colocarlos ¹³.

Problemas de fonación

Cuando faltan varias piezas como los incisivos, se producen problemas de fonación. No se podrán pronunciar correctamente sonidos linguo-dentales o labio-dentales, dificultado así la comunicación y entendimiento con otras personas.

Problemas de masticación

Algunos problemas de falta de dientes no ocurren al largo plazo, sino que ocurren de forma inmediata. La falta de una o varias muelas dificulta la masticación, siendo muy incómodo comer.

Además, las encías harán más esfuerzo y se perderá fuerza en la masticación. Al no triturar los alimentos completamente, se producirán problemas digestivos.

La falta de dientes cambia la posición de las piezas dentales de alrededor

Cuando faltan piezas dentales, sus dientes de alrededor se inclinarán para ocupar su espacio. Esto hará que se tuerzan, provocando un evidente problema estético de dientes torcidos. También podría provocar dolor al estar colocados de forma incorrecta, provocando también un mayor desgaste al masticar. Por si fuera poco, perderán anclaje e incluso podrían perderse también, agravando el problema y provocando aún más falta de piezas dentales definitivas. Al estar torcidos, la raíz también se moverá y podrían estar demasiado sueltos¹³.

Causas de la falta de dientes

Hay que conocer las causas de la falta de los dientes, pues eso permitirá prevenir su caída y mantener el mayor tiempo posible las piezas definitivas. Aunque suele afectar a gente de mayor edad, puede aparecer a cualquier edad si no se siguen los hábitos correctos¹³.

Enfermedad periodontal avanzada

La periodontitis es una enfermedad dental que puede provocar la retracción de la encía. Si no se trata a tiempo, la encía puede retraerse tanto que se puede perder una o varias piezas de forma definitiva.

Caries que no Pueden Restaurarse

Al igual que ocurre con otras enfermedades bucodentales, las caries también pueden provocar una pérdida de un diente definitivo. Si el diente está muy dañado, no podrá reconstruirse ni empastarse y deberá ser retirado.

Golpes y traumatismos que causan falta de dientes

Un golpe fuerte también podría provocar que se pierdan dientes o muelas, especialmente si son traumatismos graves. Algunos dañan el diente de forma superficial, pero otros podrían incluso arrancarlo o dejarlo inutilizable.

Enfermedades congénitas

Hay veces en la que la falta de dientes viene por una causa congénita, provocando la ausencia de una o varias piezas dentales. En este caso, consulta con tu dentista sobre cuál es el mejor tratamiento.

Porcentaje de pérdida dentaria

El desdentamiento en los adolescentes tuvo una prevalencia de 17,2 % lo que coincidió con el número de pacientes que presentaban obturaciones, la higiene bucal regular estuvo presente en el 51,7 % mientras que en el 58,2 % de los adolescentes las pérdidas dentarias fueron asociadas a la caries dental.

Solución a la falta de dientes

- La primera solución es la prevención, la cual se puede hacer fácilmente con un cepillado dental, una buena alimentación para evitar las caries y una visita al dentista cada 6 meses. Si lo haces bien, podrás mantener los dientes definitivos durante mucho más tiempo.
- Si ya te faltan dientes, hay varias soluciones como los puentes dentales, las prótesis fijas o los implantes. La mejor opción son los implantes dentales porque se coloca un tornillo como raíz. Gracias a eso, se consigue evitar el desgaste óseo, ya que el cuerpo actúa como si tuvieras un diente definitivo.
- En el caso de que te falte hueso, todavía hay soluciones como los microimplantes o tratamientos de injerto de hueso. En cualquier caso, visita a tu dentista de confianza para efectuar un diagnóstico adaptado a tus necesidades particulares, ya que cada paciente necesita soluciones diferentes.

La pérdida de las piezas dentales y la autoestima

La pérdida de piezas dentales tiene un impacto directo en la autoestima y provoca automáticamente una insatisfacción sobre el aspecto físico personal. Además de ellos esto puede afectar en tal grado al paciente, que hasta se manifiestan actos como evitar el contacto social e incluso, intentar hablar lo menos posible por temor al desagrado del resto de las personas. Por ello, se recomienda que se rehabiliten las funciones de la boca mediante el uso de prótesis o implantes dentales. Siempre haciendo un previo estudio para ver cuál es la mejor opción según el caso¹⁴

Existen aspectos psicosociales que se ven afectados por las pérdidas dentales: La autoestima es de los conceptos que realmente pueden llegar a explicar infinidad de problemas de origen psicológicos.

Una autoestima deficiente puede relacionarse con depresión, dependencia emocional, trastornos de la personalidad, ansiedad entre otros muchos trastornos psicológicos. Hablando de salud bucal, la pérdida de piezas dentales tiene un impacto directo en la autoestima, provocando automáticamente una insatisfacción sobre el aspecto físico personal. Está claro que, si tenemos que relacionarnos con nuestro entorno social teniendo nuestra boca con ausencia de dientes, nuestra seguridad sí o sí se va a ver afectada, y por consecuencia nuestra actitud frente a la vida va a resultar alterada de forma notablemente negativa ¹⁴.

En el caso de que nuestra autoestima se encuentre afectada y nos comportemos con inseguridades ante todo contexto social, lo normal es que esas interacciones con el entorno se van afectadas de forma negativa. Lo habitual de hecho, es que, en esa situación, las personas intentemos reducir los contactos sociales, de forma que, como seres sociales que somos, acabemos sumergidos en problemas psicoafectivos. Porque ese contacto es necesario para una vida sana.

Nuestra autoimagen afectada debido a la pérdida de dientes, hablando en este contexto hoy, puede conformar un autoconcepto negativo que afecte

gravemente a nuestra autoestima. Y hay que tener en cuenta que si nuestro autoconcepto es malo nada puede ir bien¹⁴.

Vivimos en una sociedad que gira en torno a “lo estético” y esto unido a nuestros problemas psicoemocionales asociados a la pérdida de piezas dentales, es un coctel muy jugoso que juega en nuestra contra. Debemos entender nos guste o no que una estética alterada por la pérdida de dientes lamentablemente puede llegar a ser muy negativo para las posibilidades laborales de una persona y, por consecuencia directa, para su economía¹⁴.

Más lejos de los problemas estéticos o funcionales que te puede ocasionar las perdidas dentales, están los sentimientos que esto provoca como la pérdida de tu confianza, el aislamiento, la vergüenza, una baja autoestima, el alejamiento de la pareja o la decisión de asistir a actividades sociales. Con el objetivo de disminuir este impacto negativo, existen opciones como los implantes o prótesis dentales tratamientos que ayudan a revertir esa pérdida y a reducir el riesgo que para tu autoestima implica.

Marco referencial

Perdida dentaria

El desarrollo de la dentición humana es un proceso biológico continuo y complejo, con el tiempo se producen muchos cambios fisiológicos en la topogénesis y estructura de los dientes y maxilares; pero los cambios drásticos por causa de las enfermedades producen desbalances en el sistema estomatognático que afectan la salud oral y la salud general.

El desdentamiento, fenómeno producido por la pérdida dentaria y sus partes asociadas, por lo general llamado el marcador final de la salud bucal, es un mal común que no conoce límites. Su presencia no distingue género, razas, edades y otros factores socio-demográficos. No es así su prevalencia, que se sabe que es modificable porque es consecuencia de un proceso salud-enfermedad-atención donde el modelo de asistencia hegemónico es casi Pre-Pasteuriano, ya que la Odontología privada privilegia la atención de la lesión ocasionada por la enfermedad dental y no a la prevención de las causas que originaron las mismas⁴.

Los adultos jóvenes son uno de los grupos de mayor riesgo de afecciones bucales, ya que atraviesan por una serie de cambios, que aunados a los cambios hormonales durante la pubertad; a que concluye el cambio de denticiones, el crecimiento maxilar y en las estructuras dentarias; a maloclusiones; a malos hábitos alimentarios y en ocasiones a trastornos alimentarios; al consumo de productos nocivos como alcohol y tabaco; seguir ciertas modas como la colocación de piercings en la cavidad oral y a una incorrecta higiene bucal, la atención se convierte en todo un reto¹⁵.

La pérdida dentaria no es solo un problema de salud en pacientes ancianos, sino que cada vez se hace más frecuente en pacientes jóvenes. En las edades tempranas los datos nos revelan que entre el 20 % y el 45 % de la población adolescente y adulta joven han perdido al menos una pieza dentaria. Son varios los factores causales de la pérdida dentaria, entre los más comunes se encuentran las

caries dentales, enfermedad infectocontagiosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente y entre los problemas estomatológicos, es el que despierta mayor interés, tal vez por la noción intuitiva de que constituye el problema que afecta a mayor número de individuos y el que ofrece más altas posibilidades de éxito al combatirlo⁴.

Durante este periodo, los adultos jóvenes comienzan a ser más independientes, tienen un mayor control sobre su tiempo libre y pueden optar por no ir con el odontólogo para chequeos regulares. Asimismo, comparten menos tiempo con los mayores, quienes les supervisaban y controlaban los alimentos que consumían y la higiene bucodental que mantenían cuando eran niños. Los hábitos de higiene bucal en los adultos jóvenes también pueden depender de la educación, o el nivel socio-económico y la amplia complejidad de los problemas ocasionados por su estilo de vida¹⁵.

Es por ello que los adolescentes en general presentan una baja percepción de riesgo a enfermar pues en su gran mayoría desconocen las causas que pueden provocar las enfermedades bucales y las consecuencias que pudieran acarrear en un futuro donde conductas incorrectas conducirían a la pérdida dentaria. En esta etapa de la vida se le atribuye poca importancia a la higiene bucal, donde son muy pocos los que realizan el cepillado dental en la forma y frecuencia recomendada⁴.

Por otra parte, las tensiones y el estrés que pueden padecer los adultos jóvenes ocasionan reacciones como apretar los dientes, originando bruxismo, y problemas de la articulación, que pueden llegar a causar fuertes dolores y deterioro de los órganos dentarios. Además, es una edad en la que suelen incrementar las actividades y deportes al aire libre, por lo que se incrementa la posibilidad de sufrir traumatismos dentales. Por otra parte, los adultos jóvenes tienen contactos corporales, a través de los besos. Esta etapa es de interés en el plano de la odontología, porque se pueden transmitir bacterias como *Porphyromonas gingivalis*, al igual que *Prevotella intermedia* y facilitar el desarrollo de la enfermedad periodontal en pacientes susceptibles¹⁵.

Asimismo, es frecuente que en esta etapa aumente las caries dentales y tienda a aparecer la periodontitis juvenil, una enfermedad infecciosa que puede provocar la inflamación de la encía por la acumulación de placa y sarro, y que, si no se detecta y trata a tiempo, origina una pérdida severa del hueso alveolar que se encuentra alrededor del diente, pudiendo incluso ocasionar la pérdida total de los órganos dentales del paciente joven. Sin embargo, no es sencillo concientizar a este grupo de la población sobre la importancia de tener unos hábitos adecuados para gozar de buena salud bucal, ya que pocos adquieren hábitos que ayudan a evitar posibles problemas¹⁵.

Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y socio económicos.

La pérdida de un diente, ya sea debido a un traumatismo dental o un problema de salud bucal en curso, puede ser una experiencia traumática, porque en última instancia cambia tu apariencia. Algunos pacientes han asociado esta experiencia con una situación emocional similar a la pérdida de un amigo cercano o familiar. Hay algunas etapas emocionales de la pérdida de un diente, que incluyen:

-  Negación de experimentar un problema o tratar de ignorar la situación.
-  Depresión por disminución de la confianza en uno mismo.
-  Aceptación de que esta situación es real y necesita encontrar una solución.

Factor fisiológico

Reabsorción ósea

Uno de los principales objetivos de la odontología moderna es devolver la funcionalidad, confort, estética, habla y salud a aquellas personas que han perdido algún diente. Sin embargo, la pérdida de dientes no solamente causa pérdida de espacios por ausencia dentaria. El movimiento de los dientes genera alteraciones en la oclusión y problemas en la boca que se van agravando de mayor a menor medida.

En la masticación se produce el impacto de los alimentos contra la encía, que pueden dañar y generar molestias. Esto dificulta e incómoda dicha función por lo

que tiene que masticar únicamente con el otro lado, provocando desgaste en este último. La ausencia de puntos contactos provoca una movilización de los dientes adyacentes de los espacios vacíos que busca el contacto con los dientes perdidos inclinando y cerrando el espacio¹⁶.

Alteraciones estéticas

El edentulismo total o parcial conlleva importantes alteraciones estéticas, estas consecuencias se hacen mucho más evidentes cuando el edentulismo afecta al sector anterior. Los cambios derivados de la omisión en la restauración de las piezas ausentes los describió Kelly en 1972 y se han englobado en el síndrome combinado que lleva su nombre. Este Síndrome combinado de Kelly se manifiesta en aquellos casos donde la ausencia de piezas dentales naturales afecta al maxilar superior. Ello conduce a una reabsorción acelerada en el mismo y, como consecuencia de ello, la mandíbula experimenta una rotación en sentido anti horario buscando reposicionarse respecto al maxilar superior. Esta reposición se ve cada vez más dificultada por la reabsorción ósea¹⁶.

La pérdida de múltiples piezas ocasiona daños significativos en la estética de la cara, la sonrisa y la línea mandibular. Causa una imagen que aparezca envejecida ya que los pómulos se acentúan, la cara se estrecha y la sonrisa se hace más pequeña. Adicionalmente puede determinar cambios en el hablar y la pronunciación. Las prótesis parciales removibles siguen siendo hoy en día una opción válida para el tratamiento de pacientes parcialmente edéntulos, brindando beneficios que redundan desde el punto de vista funcional, estético y económico, puede ser el tratamiento de elección para la restauración de rebordes parcialmente edéntulos.

Problemas en la masticación

El edentulismo produce una serie de problemas que pueden alterar la condición general de salud del paciente mayor presentando: dificultad para fragmentar los alimentos, comer solo alimentos blandos, además toma más tiempo para triturar los alimentos antes de deglutirlos¹⁶.

Una de las funciones principales de los dientes es la masticación, donde los alimentos son fragmentados en partículas para facilitar su deglución y posterior absorción en el organismo. En el caso de la persona edéntula, una vez que se deglutieron los alimentos, éstos no solo serán más difíciles de digerir en el estómago y a su vez en el intestino debido a que no fueron fragmentados adecuadamente, sino que además carecen de un alto contenido de fibra, por lo cual la persona tendrá mucho más riesgo de padecer problemas digestivos -como el estreñimiento- impactando su condición de vida y su estado general.

Problemas musculares y de la ATM

Articulación Témporo mandibular, la cual ayuda a mover nuestra mandíbula para llevar a cabo cualquier movimiento deseado de la misma. Silvia Montiel menciona que sí, consideramos que con la falta de dientes se alteró la dimensión vertical se afecta la posición de la ATM, podemos entender que la mayoría de los pacientes edéntulos, además de no poder disfrutar los alimentos y generar alteraciones digestivas, también presentarían crepitación y chasquidos al mover la mandíbula, dolores musculares en la región oral, dolores de cabeza e incluso hasta mareos debido a la localización cercana de la ATM con el oído¹⁶.

Problema de fonética

Otra repercusión claramente evidenciada en pacientes edéntulos totales portadores de prótesis completas es la dificultada del habla, gran parte de los individuos siente la movilidad de sus prótesis, lo que no le permite desenvolverse de manera apropiada y articular adecuadamente sus palabras neutralizando de alguna manera el pensamiento constante que llevan consigo un aparato artificial ¹⁶.

Factor socio económico, la odontología en países pobres tiene muchas las carencias, el mal estado de los dientes de muchas personas y una salud muy débil. En países con fuerte poder capital o países bien desarrollados la odontología es

una ciencia de sobra conocida y desarrollada, mejorada año tras año y que ocupa un lugar importante en la salud general del paciente. Pero en los países pobres evidentemente y al igual que otras ramas, todo funciona diferente, no existen diferentes clínicas a las que acudir, posiblemente evitan ir al dentista ya que cuando van es porque sus piezas se han deteriorado bastante o ya faltan piezas bastante importantes¹⁶.

Causas de la falta de dientes

Las causas de la pérdida de dientes o falta de ellos pueden ser muy diversas, siendo, además, diferentes para niños y adultos. Y, en ese sentido, el primer punto que deberíamos aclarar es la diferencia entre la pérdida de dientes y la ausencia de dientes. La ausencia de dientes no es lo mismo que la pérdida de dientes. La ausencia de dientes, también llamada agenesia dental, es la ausencia del diente desde el nacimiento, es decir, es un diente definitivo que no sustituye al de leche y que nunca llega a nacer. Se puede dar el caso de que haya una ausencia de dientes de leche también, aunque es menos frecuente (Clínica dental Dobleese 2023).

Mientras tanto hablamos de pérdida de dientes cuando el diente ya existía y una causa externa ha provocado la pérdida. En los niños, lo más habitual es que sea originada por un traumatismo o fractura del diente y, en los adultos, por causas diversas, como una enfermedad periodontal, una fractura, endodoncias anteriores que provocan la muerte prematura del diente, piezas en mal estado que se van desgastando.

Entre las causas de pérdida de dientes más habituales, detectamos que muchas de ellas están provocadas por la acumulación de placa bacteriana. Esto puede ocurrir, por un lado, por una higiene bucodental poco rigurosa y, por otro, por causas genéticas, como las enfermedades periodontales cuyo origen es hereditario (no todas son hereditarias, solo algunos casos tienen cierto componente genético)¹³.

Distinguimos, entonces, cuatro posibles causas para la pérdida de dientes:

- **Pérdida de dientes por caries:** Cuando no lavamos bien los dientes y no realizamos un cepillado preciso, tanto de la lengua como de las piezas dentales, pueden aparecer las caries. La placa bacteriana se acumula en nuestros dientes y transforma los azúcares de los alimentos en ácidos que erosionan el esmalte. Estos ácidos pueden penetrar el diente, causando una infección en los tejidos del interior, que va avanzando hasta dejar el diente sin estructura suficiente para ser reparado, derivando en la consecuente extracción y pérdida de la pieza.
- **Pérdida de dientes por periodontitis:** Se trata de una enfermedad periodontal que también se caracteriza por una acumulación de la placa bacteriana. Esta enfermedad de las encías tiene un origen multifactorial, además de un componente de ‘mal hábito’ de higiene, también puede influir otros factores, como predisposición genética. ¿Cómo se produce la pérdida de dientes por periodontitis? La acumulación de la placa bacteriana provoca inflamación, debilitamiento y, finalmente, la destrucción de los tejidos gingivales y pérdida de hueso que se encargan de sujetar los dientes, pudiendo provocar, en los casos más graves o desatendidos, la pérdida de dientes.
- **Falta de dientes por fisuras o fracturas dentales:** Pueden ser provocadas por traumatismos, infecciones, endodoncias antiguas o por otras afecciones, como el bruxismo (apretar los dientes). Las personas con bruxismo, ya sea diurno, nocturno o con ambos, rechinan los dientes y aprietan con fuerza las mandíbulas de forma involuntaria, provocando un desgaste severo de las piezas que puede derivar en fisuras o fracturas y, que estas, acaben provocando la pérdida de dientes. No se conocen muy bien las causas que provocan bruxismo, pero sí están muy relacionadas con la ansiedad y el estrés. También puede ocurrir que las

piezas estén en mal estado y se vayan desgastando con el tiempo, hasta perderlo por completo.

- **Pérdida de dientes por golpe o traumatismo:** Por último, la pérdida o falta de dientes puede estar provocada por un impacto o traumatismo que provoca la fracturación del diente o de los tejidos gingivales que lo sostienen, provocando su desprendimiento.

Consecuencias de la pérdida de un diente o varios dientes

Las consecuencias de la pérdida de un diente -o varios dientes- abarcan desde los problemas funcionales de la boca a la hora de la masticación y el habla, hasta la falta de autoestima y que provoca por sus evidentes anomalías estéticas. Entre las principales consecuencias de la pérdida de dientes, estarían, la pérdida de hueso, pérdida de encía, empeoramiento de la función masticatoria, que se traduce en una peor deglución de los alimentos y peores digestiones, especialmente en personas mayores que llevan mucho tiempo con prótesis, problemas de fonación¹³.

Las consecuencias más comunes de la falta de dientes son¹⁷:

Consecuencias de la estructura ósea

Pérdida ósea

El hueso de los maxilares está en constante evolución, incluso en la edad adulta. Por ello, cuando falta una pieza dental, el hueso tiende a sufrir una pérdida de masa ósea. Para evitar el desgaste del hueso y su reabsorción es necesario colocar implantes dentales. Este tratamiento dental es el único que evita este problema, además de ser el que mejores resultados ofrece a corto y largo plazo.

Desplazamiento de piezas dentales

Los dientes tienden a desplazarse por los huecos que hay en la encía, ocupando posiciones que no les corresponden. Cuando se pierde una o más piezas dentales, las adyacentes al hueco se mueven y esto tiende a provocar apiñamiento y maloclusiones dentales. En aquellos casos en los que ya se ha producido el desplazamiento dental, es necesario devolver a los dientes a su posición original para dejar el espacio necesario para poder colocar un implante dental que sustituya la pieza perdida¹⁷.

Consecuencias funcionales

Dificultad para masticar

Al no coincidir las arcadas dentarias surgen dificultades para masticar correctamente los alimentos. Esto provoca una gran incomodidad durante las comidas, ya que no se puede triturar con normalidad, y, como consecuencia de ello, hay una mala digestión. Además, los cambios de disposición en los dientes producen problemas de oclusión, que traen consigo dolor en la mandíbula, desgaste excesivo de las piezas dentales o encaje irregular entre dientes superiores e inferiores, entre otros problemas.

Enfermedades periodontales y caries

Las bacterias se acumulan en la superficie vacía de la encía, provocando enfermedades periodontales como la gingivitis o periodontitis. Además, los dientes adyacentes al hueco tienen mayor probabilidad de desarrollar caries. También es común que la mucosa de la zona sea más sensible a los golpes y al contacto con la comida y la lengua. Por ello, pueden producirse heridas y llagas con más facilidad.

Consecuencias estéticas

Perder un diente cambia la sonrisa por completo, y si la pérdida ha sido de un diente incisivo, el impacto visual es aún mayor. Esta situación aporta un aspecto envejecido y descuidado que pueden afectar a la imagen que queremos transmitir

de nosotros mismos. Las personas que acuden al dentista por la falta de dientes suelen ir, principalmente, por la incomodidad estética y los problemas masticatorios, aunque, como hemos mencionado, hay otras muchas consecuencias que deberían animar a sustituir el diente perdido.

Consecuencias para la salud mental

Muchas personas creen que perder un diente es un problema que solo afecta a la estética, pero la realidad es que la falta de una o más piezas dentales repercute en la salud mental. Sonreír es un acto de socialización que implica confianza, seguridad y alegría. Cuando no se tiene una sonrisa completa, pueden surgir miedos e inseguridades que dificulten la interacción con otras personas. Además, no querer sonreír hace que nuestro propio carácter se vea afectado, al estar en tensión constante. El estrés y la ansiedad que pueden llegar a sufrirse por la falta de dientes se puede solucionar con los implantes dentales, que consiguen una sonrisa natural y completa¹⁷.

Material y método

Tipo de estudio y características: transversal, descriptivo, observacional.

Población de estudio: mujeres de la A.C. CONSERVA “consultores de servicios varios” que facilita microcréditos y servicios sociales a las mujeres emprendedoras de escasos recursos de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Muestra y muestreo: se conformó por 113 mujeres seleccionadas a través de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de investigación

- **Criterios de inclusión**

Mujeres de 15 años o más beneficiarias de la A.C. CONSERVA de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; que accedieron participar en el estudio bajo consentimiento informado y que aceptaron la exploración bucal.

- **Criterios de exclusión**

Mujeres embarazadas, mujeres con alguna discapacidad física que le impida realizar la exploración bucal.

- **Criterios de eliminación**

Cuestionarios mal llenados, llenado no legible.

Variables

Variables	Definición teórica	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo hasta el momento que se considera.	Se registrará según lo exprese la encuestada, y verificó con identificación oficial.	Cuantitativa de radio
Escolaridad	Es la etapa en la que una persona se dedica a la instrucción y educación. El nivel de escolaridad es el grado de enseñanza que una persona ha alcanzado en un centro escolar legalmente establecido.	Se registrará el número de años cursados según lo exprese la encuestada, para luego realizar categorías. 1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Profesional	Cuantitativa de radio y categórica
Estado civil	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil.	Se registrará según lo exprese el encuestado. 1. Unidos 2. No unidos	Nominal
Actividad	Acciones clínicas, diagnósticas, terapéuticas y preventivas realizadas por profesionales calificados, como odontólogos y estomatólogos, para preservar o restaurar la salud bucodental de los pacientes.	Se registrara según lo exprese la encuestada	Nominal

Servicio dental	Abarca todos los tratamientos, procedimientos y cuidados para la prevención, diagnóstico y rehabilitación de la salud bucal, incluyendo los dientes, encías y otras estructuras de la boca.	Se registrará según lo exprese el encuestado, cuya consulta fue en el último año.	Nominal
Perdida dental	Ausencia de uno o varios órganos dentarios	Se registrara según la observación clínica	Ordinal

Método de recolección de datos

Se solicitó a los directivos de la asociación por escrito la aprobación que permitió llevar a cabo la investigación. Posterior a su aprobación, se informó a cada individuo seleccionado sobre el objetivo del estudio para luego obtener su aceptación por medio de consentimiento informado escrito.

Para la recolección de las variables independientes se aplicó un cuestionario estructurado a cada una de las mujeres participantes. Las variables independientes incluidas fueron, edad, escolaridad y estado civil, actividad, servicio dental en el último año.

Los exámenes odontológicos clínicos para determinar la presencia o ausencia de órganos dentales se llevaron a cabo en las instalaciones de la asociación CONSERVA A.C., con visión indirecta utilizando luz artificial, espejo, guantes y cubrebocas por 6 examinadores los cuales fueron capacitados y estandarizados en los criterios empleados. En la exploración bucal, los terceros molares fueron excluidos y los restos radiculares fueron considerados como perdidos. El edentulismo se definió como aquellos sujetos con todos los dientes perdidos y la PD parcial se registró en cada casillero correspondiente en una odontograma.

Cumpliendo con la normativa que regula la investigación en seres humanos, el protocolo del proyecto de investigación fue sometido a evaluación por parte del Comité de Ética del posgrado en Salud Pública de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Plan de tabulación y análisis

El procesamiento electrónico de la información estuvo constituido por la integración de una base de información en el paquete estadístico SPSS versión 10 a partir del cual se exploraron los datos para su análisis y la obtención de los resultados. Se realizó análisis univariado registrando las medidas de resumen según fuera el caso. Con la finalidad de buscar diferencias en la distribución PD y las variables

independientes se realizó análisis bivariado utilizando la prueba Chi². Se consideró estadísticamente significativo valor de $p < 0.05$

Resultados

Se examinaron 113 mujeres, con un promedio de edad 40.01 ± 12.9 , cuyas edades oscilaron entre 15 a 68 años. La mayor parte de las participantes mostró que tienen estudios de primaria (32.7%) y en relación a su estado civil 71.7% refirieron tener vida en pareja. En cuanto a actividad el 51.3% son amas de casa; el 95.6% visitaron al dentista en el último año y la causa principal fue por lesiones cariosas (27.4%) (tabla 1).

Características	n	%
Edad		
15 - 45 años	77	68.1
46 años y +	36	31.9
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	8	7.1
Primaria	37	32.7
Secundaria	31	27.4
Preparatoria	26	23.0
Profesional	11	9.7
Estado civil		
Unidas	81	71.7
No unidas	32	28.3
Actividad		
Amas de casa	58	51.3
Comercio	39	34.5
Estudiante	16	14.2
Motivo de consulta odontológica en el último año		
Revisión	16	14.2
Limpieza dental	25	22.1
Caries	31	27.4
Extracción dental	23	20.4
Nada	13	11.5
Otros	5	4.4

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables estudiadas.

Prevalencia de pérdida dental

De la totalidad de las 113 mujeres estudiadas, ninguna presentó edentulismo total, la prevalencia de mujeres con al menos un diente perdido fue de 61.9% (70). Estaban perdidos 389 dientes y el promedio general fue de 3.44 ± 4.91 (mediana 1) y de 5.56 ± 5.22 en quienes tuvieron al menos un diente perdido. La PD varió de 1 hasta 23 dientes y sólo el 0.23% ⁵ presentó pérdida de 23 dientes.

En la tabla 2 se observa la distribución porcentual por cada tipo de PD. En general, los dientes que se perdieron con mayor frecuencia fueron los primeros molares, específicamente los primeros molares inferiores izquierdo y derecho (7.98%, 7.69%); les siguieron el primer molar superior derecho (6.70%), el segundo molar inferior izquierdo (6.42%) y el primer molar superior izquierdo (5.90%). Los dientes que se perdieron con menor frecuencia fueron el lateral derecho y el canino izquierdo, ambos inferiores y con el mismo porcentaje (0.25%) y ninguna de las mujeres evaluadas presentó pérdida del canino inferior derecho.

Diente	%
36	7.98
46	7.69
16	6.70
37	6.42
26	5.90
15	5.67
25	5.13
14	4.90
47	4.87
17	4.39
22	4.62
21	4.10
27	4.10
12	3.87
11	3.87
24	3.85
45	3.34
35	3.34
23	2.6
13	1.80
44	1.28
34	1.02
32	0.78
31	0.51
42	0.25
33	0.25
43	0

Tabla 2. Distribución porcentual por cada tipo de PD.

De forma global, se perdieron más dientes superiores que inferiores: 61.5% contra 38.5% y al cuantificar por lado se observó mayor porcentaje de PD del lado izquierdo que el derecho (50.6% vs 49.4%) (tabla 3).

	Lado	Ausente n (%)
Maxilar	Derecho	121 (31.2)
	Izquierdo	118 (30.3)
Mandíbula	Derecho	71 (18.2)
	Izquierdo	79 (20.3)
General	Derecho	192 (49.4)
	Izquierdo	197 (50.6)

Tabla 3. Distribución de PD por lado.

El mayor porcentaje de dientes perdidos en el maxilar fueron del lado derecho (31.2%) y en la mandíbula los del lado izquierdo (20.3%) (tabla 3).

	Lado	Ausente n (%)
Maxilar	Derecho	121 (31.2)
	Izquierdo	118 (30.3)
Mandíbula	Derecho	71 (18.2)
	Izquierdo	79 (20.3)
General	Derecho	192 (49.4)
	Izquierdo	197 (50.6)

Tabla 3. Distribución de PD por lado.

Los dientes posteriores se perdieron en promedio más del doble que los dientes anteriores (74.1% contra 23.5%, respectivamente). En el análisis bivariado que se muestra en la tabla 4, se observó que la PD fue significativamente mayor en las mujeres de 46 años y más ($p<0.001$); a mayor grado de escolaridad menor PD [sin escolaridad 87.5%, primaria 81.1%, secundaria 51.6%, preparatoria 58.8% y profesional 27.3%; ($p=0.003$)] y, en relación al motivo de la consulta en el último año; la revisión y limpieza fueron los servicios solicitados con mayor proporción en mujeres dentadas; y de aquellas que presentan de 1 a 23 dientes perdidos solicitaron una mayor atención para la extracción dental y para el tratamiento de lesiones cariosas. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.001$). Todo esto se considera una relación de proporción en mujeres de 15 a 45 años que solicitan la revisión y limpieza bucal. En cuanto a estado civil y actividad ocupacional, no se mostraron diferencias significativas ($p>0.05$).

Características	Total	1 a 23 dientes perdidos		Dentado		p ^a
		n	%	n	%	
Grupo de edad						0.001*
15-45	77	38	49.4	39	50.6	
46 y +	36	32	88.9	4	11.1	
Escolaridad						0.003*
Sin escolaridad	8	7	87.5	1	12.5	
Primaria	37	30	81.1	7	18.9	
Secundaria	31	16	51.6	15	48.4	
Preparatoria	26	14	58.8	12	46.2	
Profesional	11	3	27.3	8	72.7	
Estado civil						0.34
Unidos	81	48	59.3	33	40.7	
No unidos	32	22	68.8	10	31.3	
Motivo de la consulta en el último año						0.001*
Revisión						
Limpieza	16	8	50.0	8	50.0	
Caries	25	6	24.0	19	76.0	
Extracción	31	25	80.6	6	19.4	
No asistió	23	23	100.0	-	-	
Otros	13	6	42.6	7	53.8	
	5	2	40	3	60	
Actividad						0.50
Ama de casa	58	34	58.6	24	41.4	
Trabajadoras por su cuenta	39	27	69.2	12	30.8	
Otros	16	9	56.3	7	43.7	
Total	113	70	61.9	43	38.1	

Tabla 4. Factores sociodemográficos asociados con PD en mujeres de la A.C. CONSERVA. *Prueba de Chi². *Estadísticamente significativo $p<0.05$.

Discusión

El presente estudio describe el perfil de PD y la relación de ésta con variables sociodemográficas en mujeres de la A.C. CONSERVA, en Tuxtla Gutiérrez; Chiapas. Los hallazgos de este estudio mostraron alta prevalencia y promedio de dientes perdidos en la población de mujeres estudiadas. Estos resultados indican que no ha existido una mejora en este indicador de salud (PD) como lo propone la World Dental Federation, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Investigación Dental. Los resultados de este estudio, coinciden con los estudios de otros autores que han observado que las mujeres presentan una mayor pérdida de dientes en comparación con los hombres^{9,18,19-20}.

A este respecto, los estudios realizados son unánimes sobre la predisposición (biológica y genética) de las mujeres a una mayor prevalencia de pérdida de dientes y plantean la hipótesis de que la pérdida dental está influenciada también por la severidad de la enfermedad dental, las diferencias en factores socioeconómicos, las actitudes y creencias personales y culturales con respecto al cuidado dental y a la disponibilidad, frecuencia y uso de tanto la atención dental periódica como preventiva. La literatura refiere que las mujeres tienden a preocuparse más por su salud y buscan servicios con mayor frecuencia, un hecho que puede hacer que tengan un mayor riesgo de PD²¹.

En este estudio, los dientes que presentaron mayor frecuencia de pd fueron los primeros molares inferiores derecho e izquierdo, el segundo molar inferior izquierdo y el primer molar superior izquierdo y, los dientes que se perdieron con menor frecuencia fueron los anteriores inferiores a excepción del canino inferior derecho que lo presentaron todas las mujeres evaluadas. Estos resultados tienen similitud a los reportados por Pary y col.²², quienes encontraron, en su estudio, que los dientes que se pierden con mayor frecuencia son los segundos y primeros molares inferiores derecho e izquierdo, seguido del primer molar superior izquierdo y derecho; asimismo encontraron que los dientes que tienen menor prevalencia de pérdida fueron el canino inferior izquierdo y derecho y el lateral inferior derecho.

Nuestros resultados evidenciaron, de forma global, que se perdieron más dientes superiores que inferiores y al cuantificar por lado se observó mayor porcentaje de dientes perdidos del lado izquierdo que el derecho. El mayor porcentaje de pd en el maxilar fueron del lado derecho y en la mandíbula los del lado izquierdo y los dientes posteriores se perdieron en promedio más del doble que los dientes anteriores. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Pary col.²² Unfer²³ y col. y sivepab,²⁴ quienes encontraron mayor prevalencia de dientes ausentes en el maxilar superior comparando con la mandíbula. La literatura refiere que la mayor prevalencia de pérdida de los molares en comparación con los dientes anteriores inferiores, puede deberse a la forma anatómica que presentan los molares por la presencia de surcos y fisuras tanto en las caras oclusales como en las caras libres, son zonas más propensas al desarrollo de lesiones cariosas, también los pacientes prestan mayor atención a los dientes anteriores en el momento del cepillado porque son los que comprometen la estética del individuo y los dientes posteriores pasan a un segundo plano.

Se suma también la acción de la lengua como un elemento de auto limpieza sobre todo en el sector anterior inferior. Aunado a ello, la pérdida de los molares da como resultado arcos con extremos libres uniones bilaterales, lo que resulta un perjuicio para la masticación. En la ausencia de los dientes responsables de la masticación, los pacientes tienen la necesidad de seleccionar el tipo de alimento o la forma de consumirlo y perciben que la masticación queda afectada. Algunos autores han afirmado que los dientes pares naturales en oclusión están fuertemente correlacionados con impactos funcionales orales. Además, existe evidencia de que el número, tipo y ubicación de los dientes, así como el número de pares en oclusión, son factores importantes que determinan la funcionalidad bucal.²⁵

Nuestros resultados son consistentes con otros estudios con respecto a la edad; a medida que aumenta esta disminuye el número de dientes presentes en boca.^{9-12,18,26} Aunque la prevalencia de pd aumenta gradualmente con la edad, el proceso de envejecimiento fisiológico *per se* no justifica el grado de pérdida de

dientes¹¹. A este respecto, Koltermann y col.²⁷ aseveran que los diseños transversales de los estudios no permiten determinar si la asociación entre pd y edad, se debe al proceso de envejecimiento o si es el resultado del efecto acumulativo de las enfermedades bucales a lo largo de la vida.

Tal explicación parece ser más adecuada de acuerdo con los hallazgos de una cohorte de gemelos octogenarios en los que se confirmó la posibilidad de retener mayor cantidad de dientes a una edad avanzada y donde los factores psicosociales influyeron en la pérdida de dientes a lo largo de la vida tales como clase social, educación y estilo de vida. En los resultados del presente estudio, el nivel educativo de las mujeres se asoció de manera significativa con la pd. Hubo mayor pd entre las que tenían menor nivel educativo en comparación con los grupos de mayor escolaridad. Nuestros hallazgos coinciden con los de Moreira y col,¹⁸ Chalub col¹⁹., y Buchwald y col,²⁸ quienes reportaron que bajos niveles de educación se asocian con mayores posibilidades de pd y edentulismo. A este respecto, cuanto mayor sea el nivel educativo, mayores serán las posibilidades de tener citas de chequeo y tratamientos odontológicos conservadores, que les permitirá retener sus dientes lo que también influye en la adopción de hábitos de vida más saludables.

El estado civil, también se ha asociado con la pd. En este estudio, aunque los datos sobre pd y estado civil no mostraron diferencia significativa ($p > 0.05$), los análisis mostraron que las mujeres no unidas presentan mayor prevalencia de pd. Generalmente es aceptado que los sujetos que viven sin pareja presentan menos dientes que las personas con pareja.²⁹ Otros indicadores de salud bucal también se han asociado a esta variable, por ejemplo individuos viudos o divorciados/separados tenían menos dientes sanos u obturados³⁰ o mayor riesgo de tener pérdida de inserción clínica²⁸ que los casados o que viven en pareja. Suponemos que las personas con pareja cuidan más sus dientes, asistiendo regularmente al dentista para mantener su salud bucal; esto debería ser comprobado en estudios con mejor diseño metodológico.

En la actividad ocupacional, ser trabajadora por su cuenta implica tener mayor PD, seguida por las amas de casa, sin embargo no se tuvo diferencia significativa. En las trabajadoras por su cuenta, probablemente se deba que su atención odontológica la dejen en segunda opción en su atención personal o sean mujeres que no tengan una pareja formal y en las amas de casa el que perciban ingresos reducidos; y, en muchos casos determinará el grado de atención y cuidado que presten a la salud bucodental así como la general. Con relación al motivo de la consulta en el último año; el servicio de extracción dental y el tratamiento de lesiones cariosas se asoció de forma significativa con la PD. La hipótesis para explicar este fenómeno podría incluir una mayor tasa de caries y el mayor uso de servicios dentales, factores que favorecen la pérdida temprana de los dientes, especialmente debido a la opción de extracción dental en lugar de un tratamiento conservador.¹¹ Desde el punto de vista biomédico, la cuestión del uso de servicios dentales revela la demanda de atención cuando la enfermedad oral ya está instalada y causa dolor o molestias, que revelan estar en una etapa avanzada.

Conclusiones

Nuestros resultados evidencian que la PD representa un problema de salud pública ya que se muestra una alta prevalencia y promedio de dientes perdidos en esta población estudiada. Diversas variables se asociaron con la PD, como: edad, escolaridad, y motivo de consulta en el último año.

Sin embargo, todo esto puede evitarse si se cuidan los dientes practicando una buena higiene bucal y programando citas regulares. También la pérdida de varios dientes o la pérdida de todos los dientes también cambia las estructuras faciales. La función del hueso de la mandíbula es alojar los dientes; una vez que se pierden los dientes, el hueso ya no sirve para su propósito y se somete al proceso de reabsorción. Este deterioro del hueso de la mandíbula superior e inferior cambia por completo el aspecto de la cara y provoca la flacidez facial.

Se pierde la altura del hueso y disminuye la longitud total de la cara. Además, algunas estructuras y nervios vitales quedan ahora expuestos al entorno bucal, lo que provoca dolor y molestias. La pérdida de dientes conduce a una masticación muy comprometida. Esto también conlleva una restricción de los hábitos alimenticios, pudiendo provocar una nutrición incompleta y problemas digestivos.

Por otro lado, se considera fundamental que al momento de realizar una extracción dental la confianza generada en la relación médico-paciente, dado que se ve afectada la autoestima del paciente. Más del 60% de los pacientes le hubiese ayudado a prepararse mejor, una explicación por parte del dentista. Por otra parte, la pérdida de dientes también afecta a la calidad del habla. El habla está íntimamente relacionada con la presencia de los dientes, los huesos de la mandíbula, la lengua y los labios. La pérdida de dientes, el encogimiento de los huesos de la mandíbula y el colapso de los labios perturban todo el sistema, lo que conduce a una alteración y deterioro del habla. La calidad del habla cambia por completo y algunos sonidos se deslizan y no se oyen con claridad. Esto conlleva dificultades para comunicarse y expresarse.

Por último este trabajo tiene ciertas limitaciones que es necesario tomar en cuenta en la interpretación de los resultados. Se deben tener precauciones en la

extrapolación de los resultados a la población general debido a la selección de la muestra y al diseño del estudio donde no se puede tener asociaciones de tipo causal sino solo asociaciones estadísticas, es importante mencionar que existen pocas investigaciones epidemiológicas sobre el tema, por lo que son necesarios más análisis sobre la pérdida de dientes para determinar si a través del tiempo ha existido una mejora en este indicador de salud.

Bibliografía

1. Unfer, B., Braun, K., da Silva, C.P., Filho, L.D.P. (2006). Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface Comunic Saúde, Educ*, v10(19):217-226.
2. Wang, T., Chen, Y., Liou, Y., Chou, C.(2014). Investigating tooth loss and associated factors among older Taiwanese adults. *Arch Gerontol Geriatr*,58:446- 53.
3. Patiño, S.M., Meza, C. A., Gutiérrez, Z.A. (2019). Edentulismo y dentición funcional en adultos mayores de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Revista Tamé*,7 (21):810-815.
4. Susin, C., Oppermann, R.V., Haugejorden, O., Albandar, J.M.(2005). Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. *Acta Odontol Scand*, 63:85–93.
5. 31Clínica dental Sevilla (2023). ¿Qué consecuencias tiene la falta de dientes? Recuperado de: <https://odontologiaespecializadasevilla.com/noticias/consecuencias-falta-dientes/>
6. 33.García Cortés J.O. (et al). (2010) Pérdida de dientes en adolescentes y adultos jóvenes universitarios mexicanos. *Rev Estomatol Herediana*; 20(4):191-195. Recueprado de: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EnferAlter/Carlo_Med/62.pdf
7. 34.Keydental. (8 diciembre, 2022) La pérdida de las piezas dentales y la autoestima. Recuperado de: <https://amoraclinicadental.es/la-perdida-de-las-piezas-dentales-y-la-autoestima/>
8. Barrientos Maul, B. y Bezama Gattas, M. (2015) Efecto Emocional Causado Por La Perdida Dentaria En Pacientes Adolescentes. Recuperado de: <https://repositorio.uft.cl/xmlui/bitstream/handle/20.500.12254/435/EFEECTO%20EMOCIONAL%20CAUSADO%20POR%20LA%20PERDIDA%20DENTARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Al%20estudiar%20el%20efecto%20emocional,41.67%25%20evita%20re%C3%ADrse%20en%20p%C3%ABlico>
9. Brenes W, Hoffmaister F. Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*. San José. 2004; (25):3-4.
10. Beck, J. D., Youngblood, M., Atkinson, J. C., Mauriello, S., Kaste, L. M., Badner, V. M., Beaver, S., Becerra, K., & Singer, R. (2014). The prevalence of caries and tooth loss among participants in the Hispanic Community Health

- Study/Study of Latinos. J of the American Dental Association, 145(6), 531–540.
11. Buchwald, S., Kocher, T., Biffar, R., Harb, A., Holtfreter, B., Meisel, P. (2013). Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal population-based study. J Clin Periodontol, 40:203-11.
 12. Chalub, L. H., Borges, C.M., Ferreira, R.C., Haddad, J.P.A., Ferreira, E.F., Vargas, A.M.D.(2014). Association between social determinants of health and functional dentition in 35-year-old to 44-year-old Brazilian adults: a population-based analytical study. Community Dent Oral Epidemiol, 42: 503–516.
 13. Moreira, R.S., Nico, L.S., Barrozo, L.V., Pereira, J.C.R. (2010). Tooth loss in Brazilian middle-aged adults: multilevel effects. Acta Odontol Scand, 68:269–77.
 14. Procopio, L.H., Rosário de Sousa, M. (2015). Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. Ciência & Saúde Coletiva, 20(9):2825- 2835.
 15. Rodríguez Rodríguez A.G, [et al], (nov.-dic. 2018). Factores asociados al desdentamiento en adolescentes. vol.22 no.6 Camagüey. Revista Archivo Médico de Camagüey. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600743
 16. Tsakos, G., Sabbah, W., Chandola, T., Newton, T., Kawachi, I., Aida, J., et al. (2013). Social relationships and oral health among adults aged 60 years or older. Psychosom Med, 75:178-86.
 17. Negrete Rodríguez, O. I. (15 de marzo de 2012). Métodos de investigación cualitativo. p. 2 Recuperado de: <https://es.slideshare.net/OscarNegreteRodrguez/mtodos-de-investigacin-cualitativa-12015708>
 18. Cunha-Cruz, J., Nadanovsky, P., Faerstein, E., Lopes, C.S.(2004). Routine dental visits are associated with tooth retention in Brazilian adults: the Pro-Saude study. J Public Health Dent, 64:216–22.
 19. Haworth, S., Shungin, D., Kwak, S.Y., Kim, H.Y., West, N. X., Thomas, S.J., et al. (2018). Tooth loss is a complex measure of oral disease: Determinants and methodological considerations. Community Dent Oral Epidemiol, 46(6): 555–562.
 20. Hewlett, S.A., Calys-Tagoe, B.N., Yawson, A.E., Dako- Gyeke, P., Nakua, E., Folsom, G., et al. (2015). Prevalence and geographic distribution of edentulism among older Ghanaians. J Public Health Dent, 75:74-83.
 21. Hobdell, M., Petersen, P.E., Clarkson, J., Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. Int Dent J, 53:285-8.
 22. Hung, H.C., Colditz, G., Joshipura, K.J. (2005). The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. Community Dent Oral Epidemiol, 33, 167-73.

23. Jafarian, M., Etebarian, A. (2013). Reasons for extraction of permanent teeth in general dental practices in Tehran, Iran. *Med Princ Pract* , 22(3): 239–244.
24. Kassebaum, N. J., Smith, A., Bernabé, E., Fleming, T. D., Reynolds, A. E., Vos, T., Murray, C., Marcenes, W., & GBD 2015 Oral Health Collaborators (2017). 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*, 96(4), 380–387.
25. Kida, I.A., Astrom, N.A., Strand, G.V., Masalu, J.R. (2006). Clinical and socio-behavioral correlates of tooth loss: a study of older adults in Tanzania. *BMC Oral Health*, 6:5–14.
26. Kida, I.A., Astrom, N.A., Strand, G.V., Massage, J.R.(2006). Clinical and socio-behavioral correlates of tooth loss: a study of older adults in Tanzania. *BMC Oral Health*,6:5–14
27. Koltermann, A.P., Giordani, J.M.A., Pattussi, M.P. (2011). The association between individual and contextual factors and functional dentition status among adults in Rio Grande do Sul State, Brazil: a multilevel study. *Cad Saude Publica*, 27:173–82.
28. Kossioni A, Dantas A. The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner. *Clinical Interventions Aging*. dic 2007;(2) N°4: 591-597.
29. Mazariegos Cuervo. M.L. [et al] (agosto de 2012). SALUD BUCAL EN LA ADOLESCENCIA, Primera edición. Recuperado de:
<https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/sbucal/Manuales/MANUAL%20SALUD%20BUCAL%20ADOLSESCENCIA.pdf>
30. Medical Next. (s/f). Pérdida de piezas dentales en la adolescencia. Recuperado de: <https://www.medicalnext.es/index.php/noticias/79-perdida-de-piezas-dentales-en-la-adolescencia.html#:~:text=Las%20causas%20por%20las%20cuales,las%20caries%20o%20la%20piorrea>.
31. Montero J, Macedo C, Lopez-Valverde A, Bravo M. Validation of the oral health impact profile (OHIP—20sp) for Spanish edentulous patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. May 2012 1; (17) N°3:469-476.
32. Moreira, R.S., Nico, L.S., Barrozo, L.V., Pereira, J.C.R. (2010). Tooth loss in Brazilian middle-aged adults: multilevel effects. *Acta Odontol Scand* , 68:269–77.
33. Clínica dental Dobleese (2023). Pérdida de dientes o falta de dientes: causas, consecuencias y qué hacer. Recuperado de:
<https://dobleese.es/perdida-dientes-causas-consecuencias-falta-dientes/>
34. Consecuencias De La Falta De Dientes (s/f). Falta De Dientes: ¿Cuáles Son Las Consecuencias? Recuperado de: <https://clinicabeiro.com/falta-de-dientes-cuales-son->

lasconsecuencias/#:~:text=Cuando%20faltan%20uno%20o%20varios,apareciendo%20irregularidades%20como%20la%20ex%C3%B3tosis

35. Gutiérrez-Vargas, V. L.-M.-A. (2015.). Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Revista Estomatológica Herediana.*, 25(3), 179-186.
36. Hebling, E. Prevenção em odontogeriatria. In: Pereira AC, organizador. (2003). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Editora Artmed, 426-37.
37. Hendryx, M., Ducatman, A.M., Zullig, K.J., Ahern, M.M., Crout, R. (2012), Adult tooth loss for residents of US coal mining and Appalachian counties. *Community Dent Oral Epidemiol*, 40:488–97.
38. Hessari, H., Vehkalahti, M.M., Eghbal, M.J., Murtomaa, H. (2008). Tooth loss and prosthodontic rehabilitation among 35- to 44-year-old Iranians. *J Oral Rehabil*, 35:245–51.
39. Pary, Y. P., Chaib, S.R., Ugarte, A.,T. (2013). Levntamiento de las auencias dentales de los pacientes atendidos en la clínica de prótesis removible de la Universidad del Valle en la ciudad de Cochabamba -Bolivia. *Revista de Investigación e Información en Salud*, 8(19):51-59.
40. Questionpro. (2023). Qué es la investigación cualitativa. Recuperado de: <https://www.questionpro.com/es/investigacion-cualitativa.html>
41. Rodríguez-Rodríguez A.G [et al] nov.-dic. 2018). Factores asociados al desdentamiento en adolescentes, vol.22 no.6 Camagüey nov.-dic. 2018. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600743
42. Rojas Gómez P.N. [et al] 2 de mayo 2017. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Recueprado de: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/446>
43. Sanders, A.E., Slade, G.D., Turrel, I. G., Spencer, A.J., Marcenes. W. (2007). Does psychological stress mediate social deprivation in tooth loss? *J Dent Res*, 86: 1166–70.
44. Sanitas.es (2023). Pérdida de dientes o Edentulismo. Recuperado de : [https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/protesis-implantes/perdida-dientes-edentulismo.html#:~:text=Una%20ausencia%20dental%20\(propiamente%20llamada,por%20parte%20de%20un%20dentista](https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/protesis-implantes/perdida-dientes-edentulismo.html#:~:text=Una%20ausencia%20dental%20(propiamente%20llamada,por%20parte%20de%20un%20dentista).
45. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología. (2019). Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles SIVEPAB 2018. <https://www.gob.mx/salud/accionesy-programas/direccion-general-de-epidemiologia>.

Folio: _____

Nombre: _____ .

Edad: _____

Estado civil: Soltera ☐ casada ☐ unión libre ☐

Escolaridad: primaria ☐ secundaria ☐ preparatoria ☐ universidad ☐

Ocupación actual : _____

 18 17 16 15 14 13 12 11	 21 22 23 24 25 26 27 28
 48 47 46 45 44 43 42 41	 31 32 33 34 35 36 37 38
 55 54 53 52 51	 61 62 63 64 65
 85 84 83 82 81	 71 72 73 74 75

Anexos

