



REVISTA ODONTOLOGÍA

Dentición funcional en una muestra clínica de adultos mexicanos

Functional dentition in a clinical sample of Mexican adults

Karla Karen Bernal-Sánchez¹ | Edith Lara-Carrillo¹ | Ulises Velázquez-Enriquez¹ | Adriana Alejandra Morales-Valenzuela² | Elias Nahum Salmerón-Valdés² | Miriam Alejandra Veras-Hernández³, Martha Mendoza-Rodríguez³ | José de Jesús Navarrete-Hernández³ | Rosalina Islas-Zarazua³ | Carlo Eduardo Medina-Solís^{1,3}

¹ ID | Center for Advanced Studies and Research on Dentistry Dr. Keisaburo Miyata, School of Dentistry, Autonomous University of the State of Mexico, Toluca, Mexico

² ID | School of Dentistry, Autonomous University of the State of Mexico, Toluca, Mexico

³ ID | School of Dentistry, Autonomous University of Campeche, Campeche, Mexico

⁴ ID | Academic Area of Dentistry, Health Sciences Institute, Autonomous University of the State of Hidalgo, Pachuca, Mexico

HISTORIAL DEL ARTÍCULO

Recepción: 04-03-2025

Aceptación: 30-05-2025

Publicación: 30-07-2025

PALABRAS CLAVE

Salud bucal, dentición funcional, pérdida de dientes, desigualdades en salud bucal, adultos, México.

KEY WORDS

Oral health, functional dentition, tooth loss, oral health inequalities, adults, Mexico.

ORCID

¹ <https://orcid.org/0000-0001-7442-6715>

² <https://orcid.org/0000-0002-6714-7790>

³ <https://orcid.org/0000-0002-8796-7809>

⁴ <https://orcid.org/0000-0002-5159-8685>

⁵ <https://orcid.org/0000-0001-6732-6388>

⁶ <https://orcid.org/0000-0003-3678-5658>

⁷ <https://orcid.org/0000-0001-7887-7580>

⁸ <https://orcid.org/0000-0002-7923-8737>

⁹ <https://orcid.org/0000-0002-3337-8822>

¹⁻³ <https://orcid.org/0000-0002-1410-949>

CORRESPONDENCIA

AUTOR

AUTONOMOUS UNIVERSITY OF THE STATE OF MEXICO

E-MAIL: LARACAEDITH@HOTMAIL.COM

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades bucales, como la caries dental, las enfermedades periodontales así como sus consecuencias, representan un problema de salud pública global debido a su alta prevalencia. La dentición funcional, definida como la presencia de al menos 21 dientes naturales en boca, es un indicador clave de salud bucal y bienestar general. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de dentición funcional (DF) y analizar su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y conductuales en adultos mexicanos atendidos en clínicas de una universidad pública. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal en 277 pacientes consecutivos. Los exámenes clínicos fueron realizados por estudiantes de odontología bajo la supervisión de profesores. La DF se definió como ≥ 21 dientes naturales y fue la variable dependiente. Mediante examen clínico y cuestionarios, se recopilaron datos sobre edad, escolaridad, enfermedades sistémicas (diabetes, hipertensión) y tabaquismo. El análisis estadístico incluyó pruebas de Mann-Whitney y Chi-cuadrado en Stata 14. **Resultados:** El promedio de edad fue de 47.6 ± 15.5 años, y 65.7% fueron mujeres. La prevalencia de DF fue del 87%. Los pacientes sin DF presentaron mayor edad (61.2 ± 11.5 vs. 45.6 ± 15.0 años; $p < 0.0001$) y menor escolaridad (6.8 ± 4.4 vs. 9.3 ± 4.4 años; $p = 0.0027$). No hubo diferencias significativas por sexo, enfermedades sistémicas o tabaquismo ($p > 0.05$). **Conclusiones:** La DF se asoció significativamente con menor edad y mayor escolaridad, pero no con comorbilidades o hábitos de tabaquismo. Los hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones dirigidas a adultos mayores y poblaciones con baja educación formal para preservar la salud bucal funcional.

ABSTRACT

Introduction: Oral diseases, such as dental caries, periodontal diseases and their consequences, represent a global public health problem due to their high prevalence. Functional dentition, defined as having at least 21 natural teeth present in the mouth, is a key indicator of oral health and overall well-being. **Objective:** To evaluate the prevalence of functional dentition (FD) and analyze its association with sociodemographic, clinical and behavioral variables in Mexican adults treated at clinics of a public university. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 277 consecutive patients. Clinical examinations were performed by dental students under faculty supervision. FD was defined as ≥ 21 natural teeth and served as the dependent variable. Through clinical examination and questionnaires, data were collected on age, education level, systemic diseases (diabetes, hypertension) and smoking habits. Statistical analysis included Mann-Whitney and Chi-square tests using Stata 14. **Results:** The mean age was 47.6 ± 15.5 years, and 65.7% were women. The prevalence of FD was 87%. Patients without FD were significantly older (61.2 ± 11.5 vs. 45.6 ± 15.0 years; $p < 0.0001$) and had lower education levels (6.8 ± 4.4 vs. 9.3 ± 4.4 years; $p = 0.0027$). No significant differences were found by sex, systemic diseases or smoking habits ($p > 0.05$). **Conclusions:** FD was significantly associated with younger age and higher education levels, but not with comorbidities or smoking habits. These findings highlight the need for interventions targeting older adults and populations with low formal education to preserve functional oral health.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales, como la caries dental, las enfermedades periodontales así como sus consecuencias, representan un problema de salud pública global debido a su alta prevalencia, impacto en la calidad de vida y costos asociados a su tratamiento para los individuos, familias y sistemas de salud en el mundo^{1,2}. Estas afecciones constituyen un significativo problema

de salud pública a nivel mundial, impactando a individuos de todas las edades con consecuencias como dolor crónico, deterioro funcional, alteraciones estéticas y, en casos graves, mortalidad. Según estimaciones globales, aproximadamente 3.700 millones de personas padecen trastornos bucodentales. Sin embargo, en naciones con recursos económicos limitados, los sistemas de salud frecuentemente no cuentan con la capacidad suficiente para brindar atención preventiva y terapéutica adecuada ante estas patologías²⁻⁴. Entre estas, la pérdida dentaria destaca por sus consecuencias significativas para el bienestar general, afectando la función, la nutrición y la salud mental, y afecta desproporcionadamente a las poblaciones con acceso limitado a la atención dental. Es particularmente problemática para los adultos y adultos mayores, así como para las personas con desventajas socioeconómicas, ya que estos grupos pueden experimentar una combinación de esos problemas^{1,5-7}. En México, las desigualdades en salud bucal son significativas, especialmente entre los grupos desfavorecidos, donde una mala salud bucal puede limitar la capacidad de masticar, afectar negativamente la autoestima y dificultar la integración social, contribuyendo a ciclos de pobreza y enfermedad. Esto se debe a factores como el limitado acceso a la atención dental, los hábitos alimenticios y de salud bucal poco saludables y el bajo nivel socioeconómico, que pueden conducir a tasas más altas de caries y enfermedades periodontales⁸⁻¹¹.

La dentición funcional, definida como la presencia de al menos 21 dientes naturales en boca, es un indicador clave de salud bucal y bienestar general. Su ausencia se asocia con dietas deficientes, desnutrición y un mayor riesgo de enfermedades crónicas, como diabetes y enfermedades cardiovasculares¹²⁻¹⁴. La prevalencia alrededor del mundo es variable de acuerdo al país y grupo de edad estudiado, es así que se reporta una frecuencia de 41.7% en China, en adultos mayores de 60 años por Wu et al.¹². En Estados Unidos, se alcanza en adultos de 30 a 80 años una prevalencia de dentición funcional de 85.4%¹⁵. Dąbrowski et al.¹⁶ quienes utilizaron datos de dos estudios poblacionales representativos de Polonia en adultos de 65 años y más, entre 2008-2009 y 2018-2019, donde se reportó prevalencias de dentición funcional de 15% y 6%, respectivamente. En Brasil, Queiroz et al.,¹⁷ y de Souza et al.,¹⁸ en personas de 18 años y más, observaron que la prevalencia de dentición funcional fue de 78.7% y 72.6%, respectivamente. Igualmente, en Brasil, pero en individuos de 34 a

44 años, Chalub et al.,¹⁹ la dentición funcional observada entre los participantes fue de 80.6%. Pero en personas de 65 años y más, en una comparación de la prevalencia de DF en 2003 y 2010, fue de 10.8% y 13.6%²⁰. En México, también se han realizado algunos estudios, en los cuales la prevalencia de dentición funcional presenta las siguientes cifras, en Campeche en una muestra de adultos de 20 años y más, el porcentaje fue de 83.8%²¹. Un estudio realizado en Hidalgo en adultos de 18 años y más, el 71.7% de los participantes presentaba dentición funcional²². En Sinaloa, en adultos de 20 años y más, la prevalencia de dentición funcional fue de 64.4%²³. En adultos mayores de 60 años, las prevalencias de DF disminuyen notablemente, por ejemplo, en Chiapas, donde solo 34.1% conservaba una dentición funcional²⁴, o como en Hidalgo, en el que en una muestra de adultos mayores (60 años y más), la prevalencia de dentición funcional fue de 10.1%²⁵.

Diversas variables conductuales, socioeconómicas y sociodemográficas se han vinculado con la dentición funcional (ausencia o presencia), incluyendo edad, sexo, estado civil, raza, posición socioeconómica, nivel educativo, ingresos, vivir en áreas rural y urbana, tabaquismo, consumo de alcohol y presencia de enfermedades crónicas^{15,19-23,25-27}. Igualmente, factores como el acceso a servicios odontológicos, hábitos de higiene bucal (frecuencia de cepillado y uso de accesorios para la higiene bucal), enfermedades bucales, y acceso a información sobre prevención, muestran una asociación con la dentición funcional^{15,19,21,27}. En poblaciones adultas, la preservación de una dentición funcional es crucial para mantener la función masticatoria y prevenir complicaciones sistémicas, lo que subraya la necesidad de identificar las variables que la afectan.

Este estudio plantea como hipótesis que la edad, el bajo nivel de escolaridad y la presencia de enfermedades sistémicas están asociados negativamente con la dentición funcional en adultos atendidos en clínicas universitarias de México. El objetivo fue evaluar la prevalencia de dentición funcional y analizar su relación con variables sociodemográficas, clínicas y conductuales en una muestra de pacientes adultos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño, población y muestra del estudio

Este estudio constituye un análisis secundario de datos obtenidos de un estudio transversal previo^{28,29} que evaluó a 277 pacientes consecutivos atendidos en las clínicas odon-

tológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex). Estas clínicas brindan servicios a la población en general, siendo la mayoría de los pacientes de nivel socioeconómico medio a bajo. El muestreo fue sistemático, no probabilístico, e incluyó a todos los pacientes consecutivos. Para determinar un tamaño de muestra en este análisis se realizó un cálculo pos-hoc utilizando los siguientes parámetros: Tipo de prueba: bilateral; nivel de confianza: 95%; poder estadístico: 95%; precisión: 1.5; varianza: 21; pérdidas: 10%, con estos datos la muestra quedó en 270. Dado que el estudio se realizó en una clínica de exodoncia, los criterios de inclusión fueron: pacientes de cualquier sexo, mayores de edad, con o sin condiciones sistémicas asociadas, y que aceptaran participar firmando el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: casos que necesitaran extracción de dientes supernumerarios, primarios o retenidos, así como aquellos que rechazaran participar en el estudio.

Recolección de datos y variables

Los exámenes clínicos fueron realizados por estudiantes de odontología bajo la supervisión de profesores, quienes los asesoraron en el diagnóstico y plan de tratamiento. Estudiantes avanzados, previamente calibrados, completaron los formularios de recolección de datos después de obtener el consentimiento informado, previo a la atención clínica. La variable dependiente fue la presencia de dentición funcional, considerada como: 0= Sin dentición funcional (menos de 21 dientes en boca) y 1= Con dentición funcional (Con al menos 21 dientes en boca) (30), en donde los restos radiculares fueron considerados como tales.

Mediante un examen clínico y un cuestionario, se recopilaron datos sobre las variables independientes y condiciones sistémicas autoreportadas. Estas variables incluyeron: Edad (rango: 13 a 84 años), Sexo (1: femenino; 2: masculino), Nivel máximo de escolaridad (0-18 años de estudio), Enfermedad sistémica (0: ninguna; 1: alguna), Diabetes (0: no; 1=sí), Hipertensión (0: No; 1=Si), Consumo de tabaco en algún momento de la vida (0: no; 1: sí), Consumo actual de tabaco (0: nunca o no actualmente; 1: ocasional; 2: diario [al menos un cigarrillo al día]). Todos los pacientes fueron atendidos en un sillón dental.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con Stata 14 en tres etapas: univariado, bivariado y

multivariado. En el análisis univariado, se describieron las variables continuas mediante medidas de tendencia central (promedio) y dispersión (desviación estándar), mientras que para las variables categóricas se calcularon frecuencias y porcentajes. En los análisis bivariados se emplearon pruebas de Mann-Whitney y Chi cuadrada, de acuerdo a la escala de medición de las variables a contrastar.

Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México (CEICIEAO-004) y se condujo conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud en Materia de Investigación de México. Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado por escrito después de recibir información completa sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, así como sobre su derecho a retirarse en cualquier momento sin afectar su atención. Se implementaron medidas para garantizar la confidencialidad de los datos mediante codificación de registros, minimizar riesgos durante los procedimientos.

RESULTADOS

El Cuadro 1 presenta las características descriptivas de las variables sociodemográficas, socioeconómicas, conductuales y clínicas de la muestra estudiada, compuesta por 277 pacientes atendidos en clínicas odontológicas universitarias. La edad promedio de los participantes fue de 47.61 ± 15.50 años, con un rango entre 18 y 84 años. La escolaridad promedio fue de 8.96 ± 4.43 años. En cuanto a la salud bucal, se observó un promedio de 9.31 ± 8.47 dientes perdidos por paciente, con un rango de 0 a 32 dientes. La mayoría de los participantes fueron mujeres (65.7%), y una proporción mayor reportó no tener enfermedades sistémicas (74.7%). La prevalencia de diabetes e hipertensión fue del 11.9% y 12.3%, respectivamente. Respecto al tabaquismo, el 29% de los participantes refirieron haber fumado en algún momento de su vida, mientras que el 10.1% reportó consumo diario de tabaco. Finalmente, el 87% de los pacientes presentaron dentición funcional (DF), definida como la presencia de al menos 21 dientes en boca.

El Cuadro 2 muestra los resultados del análisis bivariado entre la presencia de DF y

las variables independientes. Los pacientes sin DF presentaron una edad significativamente mayor en comparación con aquellos con DF (61.22 ± 11.46 años vs 45.57 ± 15.00 años; $p < 0.0001$). Asimismo, se observó una asociación significativa entre menor escolaridad y ausencia de DF (6.77 ± 4.39 años vs. 9.29 ± 4.35 años; $p = 0.0027$). Como es de esperarse, la pérdida de dientes fue notablemente mayor en el grupo sin DF (27.16 ± 3.33 dientes) frente al grupo con DF (6.65 ± 5.10 dientes; $p < 0.0001$).

No se encontraron diferencias significativas en la distribución de DF según sexo, presencia de enfermedades sistémicas, diabetes, hipertensión o hábitos de tabaquismo ($p > 0.05$ en todas las comparaciones).

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de dentición funcional y analizar su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y conductuales en adultos mexicanos. Los resultados revelaron una alta prevalencia de dentición funcional (87%) en una muestra clínica de adultos mexicanos atendidos en clínicas universitarias, cifra superior a las reportadas en poblaciones similares de otros países, con similar distribución de edad como Polonia (6-15%)¹⁶ y China (41.7%)¹², y con porcentaje similar a la encontrada en Estados Unidos (85.4%)¹⁵ y Brasil, que fue de 78.7%¹⁷ y 72.6% de Souza et al.¹⁸. En estudios previamente realizados en México, las prevalencias son en amplios rangos, donde se reportan cifras de 83.8%²¹, 71.7%²², hasta 64.4%²³. Las diferencias en las prevalencias de dentición funcional observadas entre este estudio y otras investigaciones pueden atribuirse a múltiples factores interrelacionados. Por ejemplo; el contexto institucional de las clínicas universitarias donde se realizó el estudio, que ofrecen atención subsidiada con enfoque preventivo, podría explicar en parte la alta prevalencia encontrada. Esto contrasta con estudios poblacionales que incluyen personas sin acceso regular a servicios dentales, por lo que se sugiere que las políticas públicas tomen en cuenta estos resultados para tener un impacto positivo. Por otro lado, la variabilidad en los sistemas de salud bucal entre regiones, incluyendo la cobertura de servicios preventivos y rehabilitadores, es diferente en los países contrastados. Los aspectos metodológicos representan otro factor determinante. Las discrepancias podrían deberse a diferencias en los criterios de evaluación, como la definición operacional de dentición funcional (algunos

estudios consideran ≥ 20 dientes en lugar de 21) o el manejo de restos radiculares y terceros molares. Asimismo, el diseño muestral varía significativamente entre estudios clínicos -como el presente- y aquellos de base poblacional, que suelen reportar prevalencias menores al incluir personas sin acceso a servicios odontológicos. Esta heterogeneidad subraya la importancia de considerar el contexto específico de cada estudio al interpretar y comparar los hallazgos sobre dentición funcional.

La asociación significativa entre mayor edad^{15,20,21,23,25} y menor escolaridad^{15,19,20} con la ausencia de dentición funcional coincide con hallazgos previos en otros contextos. El envejecimiento se relaciona con un acumulado de factores de riesgo, como enfermedades crónicas y deterioro en los hábitos de higiene bucal, mientras que la baja escolaridad podría limitar el acceso a información preventiva y recursos económicos para tratamientos odontológicos. Estos resultados refuerzan la necesidad de políticas públicas dirigidas a adultos mayores y poblaciones con menor educación formal, enfocadas en prevención y rehabilitación temprana.

Contrario a lo reportado en estudios poblacionales¹⁷, el tabaquismo y las enfermedades sistémicas (diabetes e hipertensión) no mostraron asociación significativa con la dentición funcional en este análisis. Esto podría deberse a limitaciones en el tamaño de la muestra o a que la población estudiada ya presentaba un perfil de riesgo homogéneo. Futuras investigaciones deberían explorar estas variables en muestras más amplias y diversas, incorporando mediciones objetivas de salud sistémica y consumo de tabaco.

Limitaciones

El diseño transversal impide inferir causalidad, y el muestreo no probabilístico limita la generalización. Sin embargo, los hallazgos aportan evidencia valiosa para contextos clínicos similares en Latinoamérica.

CONCLUSIÓN

En este estudio se observó una alta prevalencia general de DF (87%) en esta muestra. Los hallazgos de este estudio revelan que la dentición funcional está significativamente influenciada por determinantes sociales, particularmente por el nivel educativo, el cual opera como un marcador clave de posición socioeconómica. La fuerte asociación entre mayor escolaridad y mayor prevalencia de dentición funcional subraya el papel funda-

mental de los factores socioeconómicos en la salud bucal. Este resultado es consistente con el modelo conceptual que vincula la posición socioeconómica con resultados de salud a través de múltiples vías, incluyendo acceso a información, recursos para cuidado preventivo y capacidad de navegar en el sistema de salud. La marcada diferencia por grupos de edad, no solo refleja el proceso acumulativo de pérdi-

da dentaria asociado al envejecimiento, sino que también sugiere posibles efectos cohorte relacionados con mejoras en los servicios de salud bucal en generaciones más jóvenes. Sin embargo, esta aparente ventaja generacional podría verse limitada por las persistentes desigualdades educativas y socioeconómicas en México.

REFERENCIAS

1. Oral Health in America: Advances and Challenges [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Dental and Craniofacial Research(US); 2021. Section 1, Effect of Oral Health on the Community, Overall Well-Being, and the Economy. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578297/>
2. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, Listl S, Celeste RK, Guarnizo-Herreño CC, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt RG. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
3. World Health Organization. Oral health. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
4. GBD 2021 Oral Disorders Collaborators. Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2025; 405(10482), 897-910. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02811-3.
5. Kaurani P, Kakodkar P, Bhowmick A, Samra RK, Bansal V. Association of tooth loss and nutritional status in adults: an overview of systematic reviews. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):838. doi: 10.1186/s12903-024-04602-1.
6. Palomer T, Ramírez V, Ortuño D. Relationship between oral health and depression: data from the National Health Survey 2016-2017. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):188. doi: 10.1186/s12903-024-03950-2.
7. Janto M, Iurcov R, Daina CM, Neculoiu DC, Venter AC, Badau D, et al. Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review. *J Pers Med*. 2022;12(3):372. doi: 10.3390/jpm12030372.
8. Godínez-López MJ, Mendoza-Rodríguez M, Márquez-Corona ML, Jiménez-Gayosso SI, Escoffié-Ramírez M, Patiño-Marín N, et al. Prevalence of Dental Pain in Schoolchildren Aged 6 to 12 Years and Clinical, Sociodemographic, and Socioeconomic Risk Indicators: A Multicenter Study of Four Mexican Cities. *Pediatr Rep*. 2024;16(4):1042-1053. doi: 10.3390/pediatric16040089.
9. Acuña-González GR, Casanova-Sarmiento JA, Islas-Granillo H, Márquez-Rodríguez S, Benítez-Valladares D, Mendoza-Rodríguez M, et al. Socioeconomic Inequalities and Toothbrushing Frequency among Schoolchildren Aged 6 to 12 Years in a Multi-Site Study of Mexican Cities: A Cross-Sectional Study. *Children (Basel)*. 2022;9(7):1069. doi: 10.3390/children9071069.
10. Villalobos-Rodelo JJ, Lucas-Rincón SE, Jimenez-Gayosso SI, Hernández-Martínez CT, Márquez-Corona ML, Pontigo-Loyola AP, et al. Characterizing Socioeconomic Inequalities in Professionally Applied Topical Fluoride Treatment Courses in Schoolchildren from a Developing Country. *J Immigr Minor Health*. 2022;24(2):351-359. doi: 10.1007/s10903-021-01171-1.
11. Jiménez-Gayosso SI, Medina-Solís CE, Lara-Carrillo E, Scougal-Vilchis RJ, de la Rosa-Santillana R, Márquez-Rodríguez S, et al. Socioeconomic inequalities in oral health service utilization any time in their lives for Mexican schoolchildren from 6 to 12 years old. *Gac Med Mex*. 2015;151(1):27-33.
12. Wu Y, Liu H, Qin Y, Chen H, Ma J, Yin M, Shi L, Fu Y. Association between multimorbidity and having less than 20 natural teeth among Chinese older adults: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2025;15(1):7865. doi: 10.1038/s41598-025-92426-6.
13. Oral Health in America: Advances and Challenges [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Dental and Craniofacial Research(US); 2021. Section 3B, Oral Health Across the Lifespan: Older Adults. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578296/>
14. Gil-Montoya JA, de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;10:461-7. doi: 10.2147/CIA.S54630.
15. Zhou W, Liu Y, Yin T, He M, Fang C, Peng S, Liu Y. Association of Interdental Cleaning Frequency With

- Tooth Loss and Self-Rated Oral Health: A Cross-Sectional Study. *Int Dent J.* 2025;75(4):100803. doi: 10.1016/j.identj.2025.03.012.
16. Dąbrowski W, Jagiełło K, Mossakowska M, Suligowska K, Zdrojewski TR, Chudek J, Górska R. Evaluating changes in dental status among Polish older adults over a decade: A comparative analysis of PolSenior (2009) and PolSenior2 (2019) surveys. *Dent Med Probl.* 2025;62(1):23-30. doi: 10.17219/dmp/196535
 17. Queiroz AC, Herkrath FJ, Araújo AR, Smith CV, Herkrath APCQ. Tobacco smoking and tooth loss in adults and elderly in Brazil: a populational-based cross-sectional study. *Community Dent Health.* 2024;41(3):183-188. doi: 10.1922/CDH_00083Queirozo6.
 18. de Souza VGL, Herkrath FJ, Garnelo L, Gomes AC, Lemos UM, Parente RCP, Herkrath APCQ. Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: A cross-sectional household-based survey. *PLoS One.* 2022;17(11):e0277845. doi: 10.1371/journal.pone.0277845.
 19. Chalub LL, Borges CM, Ferreira RC, Haddad JP, Ferreira e Ferreira E, Vargas AM. 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.* 2014;42(6):503-16. doi: 10.1111/cdoe.12112.
 20. Andrade FB, Antunes JLF. Trends in socioeconomic inequalities in the prevalence of functional dentition among older people in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2018;34(10):e00202017. doi: 10.1590/0102-311X00202017.
 21. Minaya-Sánchez M, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ, Márquez-Corona ML, Mendoza-Rodríguez M, Maupomé G. Prevalence of Functional Dentition in a Group of Mexican Adult Males. *P R Health Sci J.* 2017 Sep;36(3):146-151.
 22. Delgado-Perez VJ, Patiño-Marín N, Rueda-Ibarra V, Ortiz-Benitez DL, Islas-Zarazúa R, Casanova-Sarmiento JA, et al. Dentición funcional y el papel de la diabetes, la hipertensión y el tabaquismo en su prevalencia entre adultos de Tlaxcoapan, Hidalgo, México. Working Paper. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2025.
 23. García-Jau RA, Villalobos-Rodelo JJ, Salazar-Naranjo AN, Gastelum-García VG, Zarate-Depraect NE, Benítez-Pascual J, Moreno-Terrazas E. Higiene bucal y dentición funcional en pacientes con comorbilidad que acuden a consulta a clínica de diagnóstico de Ciudad Universitaria. *Rev Med UAS* 2023;13:3-10.
 24. Patiño SMM, Meza CA, Gutiérrez ZÁ. Edentulismo y dentición funcional en adultos mayores de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Rev Tame.* 2019;7.8(21):810-815.
 25. Islas-Granillo H, Medina-Solís CE, Navarrete-Hernández JJ, Minaya-Sánchez M, Vallejos-Sánchez AA, Fernández-Barrera MA, et al. Prevalencia de dentición funcional en ancianos mexicanos. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral* 2015;8(2):150-156.
 26. Alhejaili H, Delgado-Angulo EK. Ethnic Inequalities in the Functional Dentition Among British Adults: A Multilevel Analysis. *Community Dent Health.* 2024;41(4):278-283. doi: 10.1922/CDH_00153Alhejailio6.
 27. Koltermann AP, Giordani JM, Pattussi MP. 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.* 2011;27(1):173-82. doi: 10.1590/S0102-311X2011000100018.
 28. Bernal-Sánchez KK, Lara-Carrillo E, Velázquez-Enriquez U, Casanova-Rosado JF, Casanova-Rosado AJ, Morales-Valenzuela AA, Márquez-Rodríguez S, Medina-Solís CE, Maupomé G. Clinical and socio-demographic factors associated with dental extractions in a clinical sample. *Braz Dent J.* 2023;34(6):121-129. doi: 10.1590/0103-6440202305355.
 29. Bernal-Sánchez KK, Lara-Carrillo E, Velázquez-Enriquez U, Casanova-Rosado JF, Casanova-Rosado AJ, Morales-Valenzuela AA, et al., Number of tooth loss and its association with schooling in a clinical sample of Mexican adults: socioeconomic inequality. Working paper. Universidad Autónoma del Estado de México. 2025.
 30. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J.* 2003;53(5):285-8. doi: 10.1111/j.1875-595x.2003.tb00761.x.

COMO CITAR

Bernal-Sánchez KK, Lara-Carrillo E, Velázquez-Enriquez U, Morales-Valenzuela AA, Salmerón-Valdés EN, Veras-Hernández MA, Mendoza-Rodríguez M, Navarrete-Hernández J de J, Islas-Zarazua R, Medina Solís CE. Dentición funcional en una muestra clínica de adultos mexicanos. *ODONTOLOGÍA.* 31 de julio de 2025; 27(2):7-13. Disponible en: <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/8268>

Cuadro 1. Características de los pacientes incluidos (n=277).

Variabes	Media \pm de	Límites
Edad	47.61 \pm 15.50	18-84
Escolaridad	8.96 \pm 4.43	0-18
Dientes perdidos por paciente	9.31 \pm 8.47	0-32
	n	%
Sexo		
Mujeres	182	65.7
Hombres	95	34.3
Enfermedad sistémica		
No	207	74.7
Si	70	25.3
Diabetes		
No	244	88.1
Si	33	11.9
Hipertensión		
No	243	87.7
Si	34	12.3
Tabaquismo alguna vez en la vida		
No, nunca	196	71.0
Si	80	29.0
Consumo actual de tabaco		
No	229	83.0
Ocasionalmente	19	6.9
Si, diario (al menos un cigarrillo al día)	28	10.1
Dentición funcional		
No	36	13.0
Si	241	87.0

Cuadro 2. Análisis bivariado entre la pérdida de dientes y las variables incluidas en el estudio (n=277).

Variabes	Sin DF	Con DF	Valor de p
Edad	61.22 \pm 11.46	45.57 \pm 15.00	Z = 5.653 <0.0001*
Escolaridad	6.77 \pm 4.39	9.29 \pm 4.35	Z = -2.995 0.0027*
Dientes perdidos por paciente	27.16 \pm 3.33	6.65 \pm 5.10	Z = 9.702 <0.0001*
Sexo			
Mujeres	22 (12.1)	160 (87.9)	X ² = 0.3873
Hombres	14 (14.7)	81 (85.3)	0.534
Enfermedad sistémica			
No	23 (11.1)	184 (88.9)	X ² = 2.5748
Si	13 (18.6)	57 (81.4)	0.109†
Diabetes			
No	30 (12.3)	214 (87.7)	X ² = 0.8909
Si	6 (18.2)	27 (81.8)	0.345†
Hipertensión			
No	30 (12.3)	213 (87.7)	X ² = 0.7413
Si	6 (17.6)	28 (82.4)	0.389†
Tabaquismo			
No	25 (12.7)	172 (87.3)	X ² = 0.0565
Si	11 (13.7)	69 (86.3)	0.812†
Consumo actual de tabaco			
No	29 (12.6)	201 (87.4)	X ² = 0.7182
Ocasionalmente	2 (10.5)	17 (89.5)	
Si, diario (al menos un cigarrillo al día)	5 (17.9)	23 (82.1)	0.698†

* Mann-Whitney, † Chi cuadrado