

EFFECTO DE LA MOVILIDAD SOCIAL INTRAGENERACIONAL EN LA PÉRDIDA DENTAL DE ADULTOS EDÉNTULOS: UN ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

EFFECT OF INTRAGENERATIONAL SOCIAL MOBILITY ON TOOTH LOSS IN EDENTULOUS ADULTS: A SOCIAL EPIDEMIOLOGY STUDY

Autores

Camila Andrea Oviedo G ^{1*}

<https://orcid.org/0009-0006-0918-9649>

¹Odontóloga, estudiante del Posgrado en Prostodoncia UNICOC, Bogotá, Colombia.

Sede Centro 2025

Resumen:

Introducción: La movilidad social constituye un determinante social de la salud que puede influir en las condiciones orales a lo largo de la vida. La pérdida dental y el edentulismo reflejan desigualdades acumuladas en contextos de vulnerabilidad social, afectando la calidad de vida en adultos.

Objetivo: Evaluar el efecto de la movilidad social intrageneracional en la pérdida dental de adultos edéntulos atendidos en la red de clínicas UNICOC Bogotá.

Método: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, híbrido de casos y cohortes, en una muestra final de 99 adultos entre 45 y 60 años. La movilidad social se determinó mediante el cambio de ocupación y clase social entre los 30 y los 60 años, utilizando una encuesta estructurada con variables sociodemográficas, clínicas, económicas a la edad de 30 años y actuales para la obtención y recolección de datos. Se efectuó un muestreo no probabilístico mediante un censo.

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas, clínicas analizadas, el número de dientes presentes en boca y el tipo de cambio de clase ($p > 0.05$).

Conclusión: Estos resultados apoyan la hipótesis nula, al no encontrarse evidencia que vincule la movilidad social intrageneracional con la pérdida dental en la población estudiada, sugiriendo la necesidad de incorporar variables contextuales y longitudinales.

Palabras clave: Movilidad social; Pérdida dental; Calidad de vida; Edentulismo; Factores socioeconómicos; Salud bucal.

Abstract:

Introduction: Social mobility is a social determinant of health that can influence oral conditions throughout life. Tooth loss and edentulism reflect accumulated inequalities in contexts of social vulnerability, affecting quality of life in adults.

Objective: To evaluate the effect of intragenerational social mobility on tooth loss in edentulous adults treated in the UNICOC Bogotá clinic network.

Method: A hybrid observational, analytical, retrospective case-cohort study was conducted on a final sample of 99 adults between the ages of 45 and 60. Social mobility was determined by changes in occupation and social class between the ages of 30 and 60, using a structured survey with sociodemographic, clinical, and economic variables at age 30 and current variables for data collection. Non-probabilistic sampling was performed using a census.

Results: No statistically significant differences were observed between the sociodemographic and clinical variables analyzed, the number of teeth present in the mouth, and the type of class change ($p > 0.05$).

Conclusion: These results support the null hypothesis, as no evidence was found linking intragenerational social mobility with tooth loss in the study population, suggesting the need to incorporate contextual and longitudinal variables.

Keywords: Social mobility; Tooth loss; Quality of life; Edentulism; Socioeconomic factors; Oral health.

Declaración de financiamiento: Esta investigación fue autofinanciada.

Declaración de conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aprobación de ética: Dado que el riesgo ético para el desarrollo de esta investigación fue: SIN RIESGO acorde a la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia*. Este proyecto fue revisado y aprobado por el centro de investigación CICO de UNICOC. Bogotá, Colombia en 10/10/2025.

*Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, título II, Capítulo 1 ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: **Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio,** entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

INTRODUCCIÓN

La movilidad social intrageneracional entendida como el cambio de posición socioeconómica/ocupacional de un individuo a lo largo de su vida, constituye un determinante social de la salud ya que refleja estos cambios. La pérdida dental y el edentulismo se reconocen como indicadores acumulativos de desigualdad social y de acceso a los servicios de salud influenciados por factores como el nivel socioeconómico, ingreso y cobertura del acceso en salud (1).

En Colombia, el 70.43% de las personas ha perdido uno o más dientes. Esta pérdida presenta un claro comportamiento asociado con la edad; a los 15 años un 15.28% de adolescentes ya presenta pérdida de algún diente, alcanzando el valor máximo de pérdida en el grupo de 65 a 79 años con un 98.90% (2). De acuerdo con el régimen de afiliación se observa que la peor situación la presentan los individuos pertenecientes al régimen subsidiado con un 73.11%, seguido por los de otros regímenes con 73.07% y por el contributivo con 70.47% mientras que los no asegurados presentan la mejor situación con un 54.66 (2).

Estudios internacionales también han mostrado asociaciones entre movilidad social y pérdida dental. En la revisión sistemática de Celeste (2022) el grupo con movilidad descendente tenía una prevalencia de pérdida dental de 11,7 puntos

porcentuales más alta que el grupo con estado socioeconómico alto, mientras que el grupo con movilidad ascendente tenía una prevalencia de 11,5 puntos porcentuales y el grupo persistentemente bajo tenía una prevalencia más alta de 21,8 puntos mayor (3). Estos hallazgos sugieren que la desventaja socioeconómica en cualquier periodo repercute negativamente en la salud oral (4).

Además de las revisiones y estudios ya citados, investigaciones longitudinales en diferentes regiones aportan evidencia complementaria sobre los determinantes sociales y la pérdida dental. En un estudio de cohorte de hombres británicos de edad avanzada, Ramsay y colaboradores encontraron que la desventaja socioeconómica en la infancia y en la mediana edad se asoció con una mayor probabilidad de edentulismo y menor número de dientes en la vejez, apoyando el modelo de acumulación de riesgo a lo largo del curso de vida (5). Estudios de tendencias en el Reino Unido también han mostrado que las desigualdades sociales en tooth loss han persistido a través de décadas, aunque con variaciones temporales asociadas a cambios en el acceso a la atención y comportamiento poblacional (6)).

La evidencia de cohortes de población general y de estudios longitudinales además ha señalado la contribución de determinantes intermedios como la enfermedad periodontal, el control metabólico (diabetes), los hábitos (tabaquismo, uso irregular de servicios) y barreras de acceso, que pueden mediar o confundir la relación entre movilidad social y pérdida dental. Por ejemplo, en la población alemana del estudio SHIP, Buchwald et al. mostraron que variables socioeconómicas como educación e ingreso se asocian a la progresión de pérdida de inserción periodontal y a la incidencia de pérdida dentaria, incluso tras ajustar por factores de riesgo clásicos (7). De igual manera, análisis en países latinoamericanos y de ingresos medios han documentado que la pérdida dental se concentra en los grupos más vulnerables y que las comorbilidades y limitaciones de acceso incrementan el riesgo de edentulismo (8).

Asimismo, los trabajos que aplican modelos de curso de vida y movilidad social han mostrado heterogeneidad en resultados por edad, género y etnicidad, lo que subraya la necesidad de análisis contextuales y estratificados. Estudios recientes

que exploraron interacciones por raza y desigualdad en Brasil (Pelotas) y análisis por subgrupos han aportado evidencias de que la movilidad descendente impacta de forma más marcada en poblaciones ya vulnerables por raza/etnicidad (9).

Finalmente, ante este escenario de evidencia mixta y contextual, el objetivo de este estudio aporta una perspectiva integradora al analizar la movilidad social y la pérdida dental como fenómenos dinámicos influenciados por factores clínicos y sociales. A nivel metodológico representa un avance al incorporar un enfoque cuantitativo que combina varias variables sociodemográficas y clínicas, permitiendo explorar no solo la presencia o ausencia de asociación, sino también posibles rutas intermediarias y moderadores en el contexto colombiano.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico, retrospectivo, híbrido de casos y cohortes, en pacientes de la red de clínicas de UNICOC Bogotá, durante el año 2025. La población de estudio estuvo conformada por adultos entre los 45 y 60 años, con edentulismo parcial o total y con un tratamiento activo en el periodo del 2019 - 2025. Se aplicaron criterios de inclusión relacionados con la disponibilidad de historias clínicas completas, Pacientes que hayan perdido 1 o más dientes, Tratamiento activo en los últimos 5 años, registros de variables sociodemográficas y clínicas pertinentes. Se excluyeron pacientes con información incompleta, personas desempleadas en el periodo de observación y personas con algún tipo de incapacidad que les impidiera responder la encuesta.

Se empleó un muestreo no probabilístico mediante un censo. El tamaño de la muestra fue de 99 pacientes en total con un número de 46 casos y 53 controles; Las variables incluyeron **variable independiente:** movilidad social intrageneracional, determinada mediante la Clasificación Única de Ocupaciones de Colombia (CUOC 2024) y la clasificación socioeconómica del DANE, comparando la ocupación y el estrato a los 30 años frente a los actuales. **Variable dependiente:** pérdida dental (tipo de edentulismo y número de dientes presentes en boca). **Variables de control:** edad, sexo, estado civil, ingreso mensual, régimen de seguridad social y hábitos (tabaquismo o alcoholismo).

La recolección de información se efectuó a partir de las historias clínicas institucionales y de Para la recolección de la información se empleó una encuesta estructurada conformada por tres grupos de variables: **sociodemográficas** (edad, sexo, nivel educativo, estado civil), **clínicas** (antecedentes médicos sistémicos, estado de salud oral actual, uso de prótesis o implantes) y **económicas** (ocupación, nivel de ingresos, afiliación al sistema de seguridad social), registradas tanto para la edad de 30 años como para el momento actual del participante. La encuesta fue revisada por el asesor científico y metodológico del proyecto, quien verificó la pertinencia, secuencia y claridad de los ítems, asegurando su validez de contenido desde el punto de vista experto. No se realizaron pruebas psicométricas ni prueba piloto, dado que el instrumento fue diseñado para ser aplicado exclusivamente en el contexto de este estudio. La información fue codificada y tabulada en una base de datos anonimizada, asegurando la confidencialidad y el cumplimiento de los principios éticos. La normalidad de las variables cuantitativas fue comprobada mediante la prueba de Shapiro-Wilk y según los supuestos de distribución se aplicaron pruebas no paramétricas de Kruskal–Wallis y Dwass–Steel–Critchlow–Fligner.

La variable edentulismo se operacionalizó como una variable cuantitativa continua, definida por el número de dientes presentes en boca en un rango de 0 a 32 unidades. Esta forma de medición se seleccionó con el fin de obtener una caracterización más precisa del estado dentario individual y evitar la pérdida de información asociada a la dicotomización. Dado que el objetivo de este estudio no fue la estimación de razones de oportunidad ni la comparación entre categorías edéntulo/no edéntulo, la variable no fue convertida en dicotomía y se mantuvo su naturaleza continua en el análisis estadístico.

El estudio cumplió con los lineamientos éticos establecidos en la **Declaración de Helsinki, ley 1581 del 2012** y la **Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia**, clasificándose como una **investigación sin riesgo** al basarse en fuentes secundarias de datos clínicos. La investigación contó con la **aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad UNICOC**, mediante acta vigente para estudios con revisión documental y análisis estadístico de información institucional.

CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Sesgo de clasificación diferencial de la exposición: Se clasificó la movilidad social según clase social (ingreso per cápita) y ocupación, ya que esta última refleja el acceso a educación e ingresos, claves en la estratificación social. El tipo de edentulismo fue validado mediante triangulación con el historial clínico del paciente.

Sesgo de memoria: Para reducir el sesgo de recuerdo, se interroga sobre cambios en posición laboral e ingresos en un período de hasta 15 años.

Sesgo del entrevistador: Se capacitó a la encuestadora para asegurar un manejo adecuado de los instrumentos y evitar inducir respuestas o sobrevalorar ciertas preguntas.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Movilidad social intrageneracional y pérdida dental: Tanto la información de la exposición como del desenlace fueron recopilados mediante una encuesta estructurada que constará de tres partes: **I) Datos generales.** (edad, género, estado civil, enfermedad sistémica, historial de tabaquismo y alcoholismo, régimen de seguridad social en salud, tiempo de última consulta odontológica y dificultad para pagar tratamientos odontológicos de manera particular). **II) Datos clínicos:** historial de pérdida de dientes permanentes, tipo de edentulismo, número de dientes presentes en boca. **III) Datos de la movilidad social:** tipo de ocupación, categoría de ocupación actual según CUOC, ingresos mensuales, categoría de ocupación hace 15 años según CUOC.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis univariado: Se realizó estadística descriptiva para caracterizar a la población de estudio. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico según la distribución). Para las variables cualitativas se emplearon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Análisis bivariado descriptivo: Se elaboraron tablas de contingencia para examinar la distribución del tipo y la frecuencia de edentulismo según la movilidad social intrageneracional y las características sociodemográficas, económicas y clínicas.

Análisis bivariado inferencial: Con el fin de comparar el número de dientes presentes según los grupos de movilidad social, se aplicó la prueba de Kruskal–Wallis debido a la ausencia de distribución normal en la variable dependiente. Cuando fue pertinente, la prueba Dwass–Steel–Critchlow–Fligner. Se utilizó un nivel de significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución sociodemográfica de los participantes según edad, sexo, régimen de seguridad social, estado civil, nivel educativo, ingreso mensual aproximado y clasificación CUOC 2024 de la ocupación actual.

Caracterización general de la muestra de adultos entre 45 y 60 años atendidos en la red de clínicas UNICOC Bogotá.

SEXO	FRECUENCIA	% DEL TOTAL
Hombres	32	32.3
Mujeres	67	67.7
EDAD		
Mínimo 45años		
Máximo 60años		
W de Shapiro-Wilk	0.935	
Valor p de Shapiro-Wilk	< .001	
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO		
Posgrado	3	31
Primaria	11	11.2
Secundaria	43	43.9
Técnica	22	22.4
Universitaria	19	19.4
REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	79	79.8
No tiene cobertura	12	2.0
Subsidiado	18	18.2
ESTADO CIVIL		
Casado(a)	41	44.6
Divorciado(a)	4	4.3
Soltero(a)	34	37.0
Unión Libre	11	12.0

Viudo(a)	2	2.2
ESTRATO SOCIOECONÓMICO ACTUAL		
1	5	5.1
2	37	37.4
3	50	50.5
4	4	4.0
5	3	3.0
INGRESO MENSUAL APROXIMADO ACTUAL		
1 SMLV	2	2.0
1 a 3 SMLV	79	79.8
Más de 3 SMLV	18	18.2
CLASIFICACIÓN DE OCUPACIÓN SEGÚN CUOC 2024		
Directores y gerentes	2	2.0
Ocupaciones elementales	28	28.3
Oficiales, operarios, artesanos y oficios relacionados	3	3.0
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	1	1.0
Personal de apoyo administrativo	1	1.0
Profesionales, científicos e intelectuales	20	20.2
Trabajadores de los servicios y vendedores de	26	26.3

comercios y mercados		
Técnicos y profesionales del nivel medio	18	18.2

***Fuente:** elaboración propia a partir de resultados del estudio, 2025*

Los hallazgos sociodemográficos se resumen en la Tabla 1, la cual evidencia que la población analizada estuvo conformada principalmente por adultos entre 45 y 60 años, con una distribución etaria centrada hacia las edades mayores de este rango. La variable edad no presentó distribución normal, situación esperable en muestras clínicas y con rangos etarios acotados. En cuanto al nivel educativo, predominó la formación secundaria completa, seguida del nivel técnico o tecnológico, y en menor proporción educación universitaria. Este perfil educativo coincide con la composición social habitual de este grupo etario y constituye un elemento clave para comprender la movilidad social y su posible relación con la salud bucal.

Del mismo modo, la mayoría de los participantes pertenecía al régimen contributivo de seguridad social, seguido por el régimen subsidiado y un pequeño grupo sin afiliación, lo que indica un acceso moderado a servicios de salud. En términos familiares y económicos, predominó el estado civil casado, con estratos socioeconómicos mayoritariamente entre los niveles dos y tres, e ingresos mensuales entre uno y tres salarios mínimos legales vigentes. Respecto a la ocupación tanto actual como a los 30 años se observó mayor concentración de individuos en empleos elementales y en el sector de servicios y ventas, mientras que una menor proporción desempeñó cargos profesionales, directivos o gerenciales. Esta distribución se alinea con un patrón de escasa movilidad social ascendente y mayor permanencia en posiciones laborales de base. En efecto, más de la mitad de los participantes reportó no haber experimentado cambios de clase social a lo largo de su vida laboral y, entre quienes sí los tuvieron, predominó la movilidad descendente, lo que sugiere un deterioro de las condiciones socioeconómicas con el paso del tiempo.

Tabla 2. Distribución de las características económicas y sociales a los 30 años. Según clasificación CUOC 2024 de la actividad, ingreso mensual aproximado y estrato socioeconómico a esa edad.

Cambios de clase social entre los 30 y 60 años según la Clasificación Única de Ocupaciones de Colombia (CUOC 2024) y la clasificación del DANE.

CLASIFICACIÓN DE OCUPACIÓN SEGÚN CUOC 2024	FRECUENCIA	% DEL TOTAL
Ocupaciones elementales	49	49.5
Oficiales, operarios, artesanos y oficios relacionados	2	2.0
Personal de apoyo administrativo	1	1.0
Profesionales, científicos e intelectuales	12	12.1
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	22	22.2
Técnicos y profesionales del nivel medio	13	13.1
INGRESO MENSUAL APROXIMADO A LOS 30 AÑOS		
1 a 3 SMLV	97	97,9
1 SMLV	1	1,0
Más de 3 SMLV	1	1,0
ESTRATO SOCIOECONÓMICO A LOS 30 AÑOS		
1	5	5.1

2	38	38.8
3	52	53.1
4	3	3.1

***Fuente:** elaboración propia a partir de resultados del estudio, 2025.*

En coherencia con lo anterior, la Tabla 2 profundiza en las condiciones económicas y sociales a los 30 años. Se observa nuevamente una amplia concentración de participantes en ocupaciones elementales o vinculadas al sector de servicios y ventas, mientras que los roles profesionales fueron menos frecuentes. El ingreso mensual predominante se ubicó entre uno y tres salarios mínimos legales vigentes, acompañado de una mayor proporción en estratos socioeconómicos medios (2 y 3). Con ello, se reafirma un escenario económico relativamente homogéneo, con baja dispersión en los indicadores socioeconómicos iniciales.

Tabla 3. Movilidad Social.

Cambio de clase y tipo de cambio de clase.

CAMBIO DE CLASE	FRECUENCIA	% DEL TOTAL
(0) No	67	67.7
(1) Si	32	32.3
TIPO CAMBIO DE CLASE		
ASCENDENTE	3	3.0
DESCENDENTE	31	31.3
SIN CAMBIO	65	65.7

***Fuente:** elaboración propia a partir de resultados del estudio, 2025.*

La Tabla 3 complementa este análisis, mostrando la movilidad social intrageneracional en esta población. El 67% de los participantes no presentó cambios de clase social, frente a un 32% que sí experimentó algún tipo de movilidad. Al discriminar el tipo de cambio, se identificó que el 65.7% permaneció

sin variaciones, el 31.3% presentó movilidad descendente y solo el 3.0% movilidad ascendente. Este comportamiento confirma una tendencia hacia la estabilidad o descenso en la trayectoria social, más que hacia la progresión.

Tabla 4. Características clínicas y atención en salud. Presencia de enfermedades sistémicas, tipo de edentulismo, número de dientes presentes en boca, hábitos, estado periodontal, uso de prótesis dental, tratamiento hace 5 años y dificultad de pagar tratamientos dentales en consulta particular.

Reporte de enfermedades sistémicas auto reportadas o tratamientos recientes y otras condiciones clínicas.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS	FRECUENCIA	% DEL TOTAL
Ninguna enfermedad sistémica	55	61.6
Enfermedades cardiovasculares	10	11.2
Enfermedades endocrino- metabólicas	11	12.4
Enfermedades gastrointestinales	5	5.6
Enfermedades musculoesqueléticas	3	3.4
Enfermedades reumatológicas / autoinmunes	2	2.2
Enfermedades renales	1	1.1
Enfermedades respiratorias	1	1.1

Enfermedades neuroológicas	1	1.1
Enfermedades oftalmológicas	2	2.2
Enfermedades oncológicas	1	1.1
Enfermedades dermatológicas	1	1.1
Otras	1	1.1
¿HA PERDIDO ALGUNA PIEZA DENTAL?		
SI	99	100
TIPO DE EDENTULISMO		
Parcial	93	93.9
Total	6	6.1
NÚMERO DE DIENTES		
0 – 6 dientes		6.1
7 - 16		14.2
17 – 24		43.9
> 24 dientes		32.6
HÁBITOS		
Ninguno	94	94.9
Tabaquismo	5	5.1
ESTADO PERIODONTAL		
GINGIVITIS		50
PERIODONTITIS		28
SALUD CLÍNICA		18
EDENTULISMO		4
TOTAL		
USO DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE		
NO		44.4
SI		55.5

TRATAMIENTO DENTAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	
NO	1.0
SI	99.0
DIFICULTAD PARA PAGAR TRATAMIENTOS EN CONSULTA PARTICULAR	
NO	30.4
SI	69.6

Fuente: elaboración propia a partir de resultados del estudio, 2025.

La Tabla 4 describe las características clínicas y de atención en salud oral. Para favorecer la interpretación epidemiológica, las enfermedades sistémicas autorreportadas fueron recategorizadas según similitud fisiopatológica e impacto potencial en salud oral, con base en la clasificación CIE-10 y literatura especializada. (10,11,12) Los resultados muestran que el 61.6% de los participantes no reportó enfermedades sistémicas; entre quienes sí lo hicieron, predominaron las endocrino-metabólicas (12.4%), seguidas de las cardiovasculares (11.2%). En proporciones menores se registraron patologías gastrointestinales, musculoesqueléticas y reumatológicas/autoinmunes. También se identificaron casos aislados de enfermedades renales, respiratorias, neurológicas, oftalmológicas, dermatológicas y oncológicas.

Dado que la pérdida dentaria fue un criterio de inclusión, todos los participantes presentaron algún grado de edentulismo; sin embargo, predominó el edentulismo parcial. Más de tres cuartas partes mantenían dentición funcional (17 a 24 dientes), y más de la mitad utilizaba prótesis removibles. Aunque la mayoría refirió haber recibido atención odontológica en los últimos cinco años, cerca del 70% manifestó dificultades económicas para consultar en práctica privada. El tabaquismo fue poco frecuente, aunque su presencia, aun marginal, constituye un factor agravante de pérdida dentaria.

Tabla 5. Movilidad Social y pérdida dental.

Resultados de la prueba entre tipo de movilidad (ascendente, descendente o sin cambio) y número de dientes presentes.

TIPO CAMBIO DE CLASE	NÚMERO DE DIENTES PRESENTES EN BOCA (min-máx.)	
ASCENDENTE	16-20	
DESCENDENTE	0-28	
SIN CAMBIO	0-28	
TIPO DE EDENTULISMO		% DEL TOTAL
PARCIAL	ASCENDENTE	3.0
	DESCENDENTE	29.3
	SIN CAMBIO	61.6
TOTAL	ASCENDENTE	0.0
	DESCENDENTE	2.0
	SIN CAMBIO	4.0
PERDIDA DE ALGUNA PIEZA DENTAL		
SI	ASCENDENTE	3.0
	DESCENDENTE	31.3
	SIN CAMBIO	65.7

***Fuente:** elaboración propia a partir de resultados del estudio, 2025.*

En relación con la movilidad social y la pérdida dental, la Tabla 5 muestra que las personas con movilidad ascendente presentaron entre 16 y 20 dientes en boca, mientras que quienes registraron movilidad descendente o ausencia de movilidad presentaron desde edentulismo total hasta un máximo de 28 dientes. Respecto al tipo de edentulismo, la mayoría de los participantes con edentulismo parcial permaneció sin cambios sociales (61.6%), mientras que el 29.3%

presentó movilidad descendente y solo el 3.0% movilidad ascendente. Ningún individuo con edentulismo total reportó movilidad ascendente.

Tabla 6. Test de Kruskal-Wallis.

Resultados de las pruebas estadísticas no paramétricas para determinar diferencias entre el número de dientes presentes y los grupos analizados.

	χ^2	gl	p
DIENTES PRESENTES	1.865	2	0.394
EN BOCA			

Fuente: elaboración propia a partir de resultados del estudio, 2025.

En cuanto a los análisis inferenciales, la Tabla 6 presenta la prueba de Kruskal-Wallis, la cual no mostró diferencias estadísticamente significativas en el número de dientes presentes entre los grupos de movilidad social ($p = 0.394$). Esto sugiere que, con los datos disponibles, la pérdida dentaria no varía significativamente según la dirección de la movilidad social intrageneracional.

Tabla 7. Comparaciones de dos a dos Dwass-Steel-Critchlow-Fligner.

Resultados de las pruebas estadísticas no paramétricas para realizar comparación por pares.

		W	p
ASCENDENTE	DESCENDENTE	1.682	0.460
ASCENDENTE	SIN CAMBIO	1.547	0.518
DESCENDENTE	SIN CAMBIO	-1.064	0.732

Fuente: elaboración propia a partir de resultados del estudio, 2025.

Finalmente, la Tabla 7 resume las comparaciones múltiples de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner. Las comparaciones entre movilidad ascendente vs descendente ($W = 1.682$, $p = 0.460$), ascendente vs sin cambio ($W = 1.547$, $p = 0.518$) y descendente vs sin cambio ($W = -1.064$, $p = 0.732$) presentaron valores de p superiores a 0.05, indicando que las diferencias observadas no son atribuibles a un efecto real, sino probablemente al azar. En conjunto, estos

resultados indican que la movilidad social intrageneracional no muestra asociación estadísticamente demostrable con la pérdida dentaria, al menos en esta muestra.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio mostraron que la movilidad social intrageneracional no se asoció de manera estadísticamente significativa con el número de dientes presentes en los adultos evaluados. Si bien se observó una mayor frecuencia de movilidad descendente frente a la ascendente, estas diferencias no se reflejaron en variaciones relevantes en la cantidad de dientes, lo cual sugiere que, dentro de esta población, otros determinantes distintos al cambio de posición socioeconómica podrían contribuir en mayor medida a la pérdida dental.

Al contrastar estos hallazgos con la literatura disponible, se observa una respuesta heterogénea en cuanto al papel de la movilidad social sobre la salud oral. Por un lado, diversos estudios internacionales coinciden con la ausencia de asociación identificada en el presente análisis. Pearce et al. reportaron que, tras ajustar modelos por variables conductuales y de acceso a servicios, el efecto de la movilidad social sobre la pérdida dental se redujo significativamente, concluyendo que los hábitos en salud oral y el uso de servicios constituyen predictores más sólidos del desenlace.⁽¹³⁾ De manera similar, Khairuddin et al. señalaron que los factores biológicos y conductuales explicaban en mayor magnitud la pérdida dental que la trayectoria socioeconómica durante la vida adulta. ⁽¹⁴⁾ Tales coincidencias respaldan la posibilidad de que, en poblaciones con acceso regular a atención odontológica como ocurre en el presente estudio, en un contexto clínico universitario el efecto de la movilidad social se atenúe o incluso se vuelva imperceptible estadísticamente.

Sin embargo, también existe evidencia que apoya el efecto contrario. La revisión sistemática y metaanálisis realizada por Celeste et al. (2022) encontró asociaciones consistentes entre movilidad social desfavorable y pérdida dental, con razones de momios más elevadas en individuos con movilidad descendente o con persistencia en estratos socioeconómicos bajos. ⁽¹⁵⁾ Resultados similares

se reportaron en el estudio Life Course Social Mobility, Race and Tooth Loss in Adulthood (Pelotas, Brasil), donde la movilidad descendente se asoció con mayor pérdida dental, especialmente en grupos socialmente vulnerables.(9) Asimismo, Han et al. (2017), en población coreana, identificaron asociación significativa entre movilidad social y desenlaces dentales, incluso después de ajustes por covariables.(16) En conjunto, estos estudios enfatizan que las trayectorias sociales adversas pueden incrementar el riesgo de pérdida dentaria en escenarios con desigualdades estructurales pronunciadas.

La discrepancia entre la presente investigación y la literatura internacional puede comprenderse desde tres perspectivas. En primer lugar, la heterogeneidad metodológica: las investigaciones difieren en la forma de medir la movilidad social (ocupacional, educativa o basada en ingresos), en los puntos temporales de comparación y en la definición del desenlace (número de dientes presentes, edentulismo total o salud oral auto informada). En segundo lugar, el contexto social y sanitario influye de manera determinante: en países o comunidades donde el acceso a servicios odontológicos es desigual, la trayectoria socioeconómica tiene un peso mayor en los resultados de salud oral. En tercer lugar, el diseño muestral: estudios con muestras amplias y representativas de la población general tienden a capturar mejor los efectos acumulativos de la movilidad social que estudios institucionales con características homogéneas, como ocurre en el presente caso.

Desde una perspectiva clínica y de salud pública, la ausencia de significancia estadística en este análisis no descarta la relevancia de la movilidad social intrageneracional como determinante de la salud oral, sino que sugiere que su influencia puede depender de condiciones estructurales como la equidad en el acceso a servicios, la distribución de recursos y las políticas de salud oral. En el contexto colombiano, donde la ENSAB IV ha documentado inequidades socioeconómicas sostenidas (2), sigue siendo fundamental avanzar en modelos de atención odontológica que integren no solo la posición social actual del individuo, sino también su trayectoria de vida, particularmente para fortalecer estrategias preventivas y reducir gradientes sociales en pérdida dental.

CONCLUSIÓN

La movilidad social intrageneracional no mostró un efecto significativo sobre la pérdida dental en los adultos atendidos en la red de clínicas UNICOC Bogotá, sede centro. Aunque entre los participantes que experimentaron movilidad social la trayectoria descendente fue más frecuente que la ascendente, estas diferencias no se reflejaron en variaciones estadísticamente significativas en el número de dientes presentes ($p > 0.05$). Los hallazgos sugieren que, en esta población con acceso institucional a servicios odontológicos y características socioeconómicas relativamente homogéneas, el impacto de la trayectoria social sobre la salud oral puede atenuarse, lo cual podría explicar la ausencia de asociación observada. No obstante, estos resultados no implican la inexistencia del fenómeno, sino que ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando en muestras más amplias y con mayor heterogeneidad social para evaluar con mayor precisión el papel de la movilidad social en la pérdida dental.

RECOMENDACIONES

El presente estudio tuvo algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados. El carácter retrospectivo del diseño restringió el control sobre la disponibilidad y completitud de los datos, lo que limitó la inclusión de ciertas variables clínicas y sociodemográficas que hubieran enriquecido el análisis. Adicionalmente, la selección de participantes exclusivamente con presencia de edentulismo impidió utilizar un grupo control sin pérdida dental, reduciendo la posibilidad de establecer comparaciones directas entre ambos grupos. La operacionalización del edentulismo como una variable de severidad, y no como una dicotomía presencia/ausencia, dificultó la estimación de medidas estadísticas de asociación. De igual forma, el análisis se fundamentó en pruebas no paramétricas de comparación, sin estimar magnitudes de asociación, lo que restringe la interpretación causal entre movilidad social y pérdida dental. Estas limitaciones abren importantes oportunidades para futuras investigaciones, las cuales deberían implementar diseños prospectivos, incorporar un grupo control no edéntulo, operacionalizar la presencia de edentulismo como variable dicotómica e integrar modelos multivariados que permitan estimar la fuerza de asociación entre variables. Asimismo, sería pertinente replicar estudios en otras regiones y centros de atención odontológica con el fin de ampliar la validez

externa de los hallazgos y contribuir a la consolidación de evidencia nacional en torno a la relación entre movilidad social y edentulismo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad UNICOC, por facilitar los espacios académicos y clínicos para la recolección de la información. A las auxiliares del Posgrado de Prostodoncia y al personal de la Central de Historias de la sede Novena, por su valiosa colaboración durante el proceso. Al Dr. Camilo Romo, por su orientación y supervisión académica a lo largo del desarrollo de la investigación. Finalmente, a los pacientes participantes, cuya disposición hizo posible la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Madera M, Delgado-Angulo EK, Bashir NZ, Bernabé E. The intersections of socioeconomic position, gender, race/ethnicity and nationality in relation to oral conditions among American adults. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2025 Mar 11];51(4):644–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36786413/>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). Bogotá: Minsalud; 2014.
3. Islam S, Jaffee SR. Social mobility and mental health: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2024 Jan 1;340:116340.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). 10.^a revisión. Ginebra: OMS; 2019.
5. Ramsay SE, Papachristou E, Watt RG, Lennon LT, Papacosta AO, Whincup PH, et al. Socioeconomic disadvantage across the life-course and oral health in older age: findings from a longitudinal study of older British men. *J Public Health (Oxf)*. 2018;40(4):e423–31.
6. Bernabé E, et al. Tooth loss in the United Kingdom: trends in social inequalities. 2014.
7. Buchwald S, et al. Tooth loss and periodontitis by socioeconomic status and inflammation in a longitudinal population-based study. *J Clin Periodontol*. 2013.
8. Barboza-Solís C, Porrás-Chaverri M, Fantin R. Is tooth loss important when evaluating perceived general health? Findings

- from a nationally representative study of Costa Rican adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019;47:358–65.
9. Karam SA, Schuch HS, Demarco FF, Horta BL, Borrell LN, Celeste RK, Correa MB. Differential effect of social mobility on tooth loss by race in adulthood: 1982 Pelotas Birth Cohort Study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2024;52(5):759–65.
 10. Tonetti MS, Jepsen S. Clinical effects of systemic diseases on periodontitis and tooth loss. *J Clin Periodontol*. 2013;40(Suppl 14):S1–7.
 11. Winning L, Linden GJ. Periodontitis and systemic disease: association or causality? *Curr Oral Health Rep*. 2017;4(1):1–7.
 12. Sultana R, Shamim T, Farook FF. Systemic conditions and their impact on edentulism and oral health outcomes: a comprehensive review. *J Prosthodont*. 2021;30(3):221–9.
 13. Pearce MS, Thomson WM, Walls AWG, Steele JG. Lifecourse socio-economic mobility and oral health in middle age. *J Dent Res* [Internet]. 2009 Oct [cited 2025 Mar 18];88(10):938–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19783803/>
 14. Mohd Khairuddin AN, Bernabé E, Delgado-Angulo EK. Intragenerational social mobility and self-rated oral health in the British Cohort Study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Mar 18];19(1):115. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8028789/>
 15. Celeste RK, Darin-Mattsson A, Lennartsson C, Listl S, Peres MA, Fritzell J. Social mobility and tooth loss: a systematic

review and meta-analysis. *J Dent Res.* 2022 Feb 27;101(2):143–50.

16. Han DH, Khang YH, Jung-Choi K. Lifecourse socioeconomic position indicators and tooth loss: differential effects by age and gender. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017;45(1):73–81. doi:10.1111/cdoe.12256