

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA**

**“SARCOPENIA, NUTRICIÓN Y SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES DE UN
CENTRO RECREATIVO AL SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO”.**

**INFORME DE SERVICIO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
ÁREA DE CIENCIAS CLÍNICAS**

**YENNIFER SAMANO DE LA ROSA
2152030130**

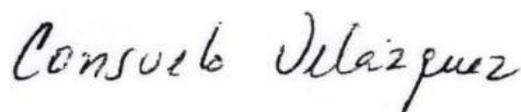
**1 DE FEBRERO 2021 AL 31 DE ENERO DE 2022
DICIEMBRE, 2023**

**DRA. MARIA ESTHER IRIGOYEN CAMACHO,
DRA. CONSUELO VELAZQUEZ ALVA**

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



DRA. MARIA ESTHER IRIGOYEN CAMACHO



DRA. MARÍA DEL CONSUELO VELAZQUEZ ALVA

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

En México pese a que 14 de las 32 entidades federativas tienen una mayor concentración de adultos de 60 años y más, mientras que las 18 entidades restantes tienen menos del 10% de su población de la tercera edad; en proyecciones a 10 años se prevé un aumento de la población de al menos un 4.8% de adultos mayores. Durante el proceso de envejecimiento el cuerpo humano pasa por una serie de cambios físicos, mentales y sociales individualizados, de la misma manera en que ocurre el envejecimiento cada humano lleva el proceso de maneras diferentes por factores económicos, salud, culturales y sociales. Derivado de ello nace la necesidad de evaluar las distintas maneras en que los adultos mayores perciben su medio y su propio estado de salud.

El proyecto de investigación realizado con información recaba previamente en un centro recreativo ubicado en la zona sur de la Ciudad de México, se encuestó un total de 286 adultos mayores con un promedio de 81.1 años con el instrumento de autopercepción conocido como Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatria o Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI) en el cual se evalúa mediante una serie de ítems funciones psicosociales, físicas y de dolor o incomodidad asociadas al estado de salud bucodental; recabando información sobre el estado de nutrición y calidad de vida tienen.

El 34.6% del grupo de estudio fueron hombre y las 65.4% mujeres. La proporción que se encontraba con sobrepeso u obesidad fue del 42.2% y aproximadamente el 11% presentó bajo peso el 46.8% presentó un IMC normal. Los resultados del GOHAI mostraron que el 28.32% tenía limitaciones en la selección de alimentos debido a problemas dentales. El 11.2% tenía molestias durante su alimentación y el 63.6% no estaba satisfecho con la apariencia de su boca.

Los resultados muestran que una importante proporción de la población presento un impacto negativo en su calidad de vida asociado a las condiciones de su boca. A su vez más del 40% presentó sobre peso y obesidad. Es posible que el mal estado de la cavidad bucal influya en la selección de alimentos suaves fáciles de masticar y se descarten alimentos más duros incluyendo aquellos ricos en proteína.

La importancia de este tipo de estudios radica en el aumento de población de la tercera edad y a su vez la disminución de la población joven; por ello es importante conocer la calidad de vida derivada del estado bucodental de esta población. Con la finalidad de diseñar programas que permitan mejorar las condiciones de la cavidad bucal y conocer de forma más completa cómo las diferentes alteraciones bucales impactan la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras clave: calidad de vida, autopercepción, instrumento, adultos mayores, Ciudad de México.

ÍNDICE

CAPITULO I INTRODUCCION GENERAL	5
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN	7
Marco Teórico	7
Objetivos	12
Materiales y métodos	12
Aspectos éticos	12
Resultados	15
Discusión	23
Anexos	26
Referencias	27
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA	31
Objetivos	31
CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	32
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	35
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	36

CAPITULO I INTRODUCCION GENERAL

Entre los años 2000 y al 2050, la proporción de la población mundial que tendrá 60 años o más se duplicará. Mientras que en 2025 y el 2030, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80.7 años para las mujeres y de 74.9 años para los hombres; en tanto la proyección para Estados Unidos de Norteamérica y Canadá se calculan cifras más altas de 83.3 años para mujeres y de 79.3 años para los hombres. Como muestran estos datos el envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan proporciones de 15 a 20% de la población general (1).

Las personas adultas mayores presentan comorbilidades y polifarmacia lo anterior requiere una importante atención médica. La cobertura de los servicios de salud para el grupo de adultos mayores es un problema a nivel mundial. En un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el Envejecimiento y Salud en los Adultos en el mundo (SAGE), la cobertura de salud efectiva en los países analizados va de 21% en pacientes de México al 48% en Sudáfrica este estudio se basa en muestras a nivel nacional de personas mayores de varios países incluyendo China, la Federación de Rusia, Ghana, India, México y Sudáfrica (1). Lo anterior nos indica un número elevado de adultos mayores privados de servicios de salud o que terminan empobrecidos al pagar un servicio de salud que puede o no proporcionar la atención necesaria o que rebasa su capacidad económica (1).

En México, el envejecimiento demográfico de acuerdo con la CONAPO de los 121,005,815 habitantes a nivel nacional, en 2015, 12,085,796 eran personas de 60 años y más, en donde las entidades con un número mayor de adultos se encuentran en Estado de México, Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla en estos estados habitan aproximadamente cinco millones de adultos mayores proporcional a 41.5% de la población total de personas en este grupo etario. Por el contrario, en estados como Baja California Sur, Colima, Campeche y Quintana Roo, comprenden tan solo el 2.5% del total nacional (2).

Al considerar como indicador en el proceso de envejecimiento la población constituida por el grupo de 60 años y más en la población total, actualmente la población del país sigue siendo joven ya que al menos 10% se encuentra en ese rango. De las 32 entidades existentes 14 revelan porcentajes superiores a la cifra nacional destacando el Ciudad de México donde se observa la mayor proporción (13.4%) seguido por Veracruz (11.6%), Oaxaca (11.2%) y Morelos (11%). Por otro lado, los 18 restantes tienen poblaciones jóvenes con cifras por debajo del 10% donde Quintana Roo presenta la mayor proporción de adultos mayores las diferencias entre el Ciudad de México y Quintana Roo son de casi 8 puntos porcentuales (3-7), (Figura 1).



Figura 1 México, proporción de la población de 60 años y más en 2015.

En cuanto al envejecimiento demográfico de las entidades federativas, hacia 2030 se proyecta que las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresaron al grupo de 60 años y más a partir de 2020 lo cual se reflejará en el aumento el número absoluto y relativo de adultos mayores en las próximas décadas (2). Por lo tanto, la población mexicana de 60 años y más pasara de 12 millones en 2015 correspondiente al 10% de la población total a 20 millones en 2030 aproximando el 14.8% de la población nacional (2–4).

Por otra parte, al Estado de México, la Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla en 2030 seguirán concentrando el mayor número de adultos mayores del país aproximadamente el 41.3% de las personas de 60 años y más vivirá en ellas (7). Sólo tres de ellas tendrán una proporción menor a 13% (Quintana Roo, Chiapas y Baja California Sur) y en dos será superior al 16% (Ciudad de México y Veracruz) (6-8).

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

SARCOPENIA, NUTRICIÓN Y SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS DE UN CENTRO RECREATIVO AL SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud en el año 1948, da la definición de salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2).

¿Qué es el envejecimiento?

Descritos por varios autores como una serie de cambios, físicos, sociales y biológicos que ocurren y se asocian a la edad de una persona. El envejecimiento es un proceso ante todo individual, diferenciando entre edad cronológica, edad biológica, edad psicológica, edad social y edad funcional, que se conjugan en el envejecimiento individual; este es un proceso permanente en donde de manera simultánea las capacidades adquiridas desde el nacimiento van en declive (4).

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos (5). En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años (1,5).

La calidad de vida está relacionada a factores tanto económicos, sociales y culturales en el entorno de desarrollo de cada individuo.

De acuerdo con el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 (PLANPAM) de Perú, un envejecimiento saludable nos hace referencia a “la mejora de bienestar físico, psico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios sociosanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, lo que genera una oportunidad de lograr una vida armónica dentro de su entorno” (3).

Dimensiones de la calidad de vida

La Tabla 1 presenta algunas dimensiones importantes de la calidad de vida pueden analizarse o descomponerse a través de indicadores sobre los que se puede intervenir y que son evaluables. Entre ellos el bienestar emocional, relaciones con otras personas, desarrollo personal, bienestar físico y material, entre otros los cuales están íntimamente relacionados con el estado de salud de los adultos mayores.

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de calidad de vida en el adulto mayor

Dimensión	Indicadores	
Bienestar emocional	Seguridad Felicidad Autoconcepto	Espiritualidad Disminución del estrés Satisfacción
Relaciones Interpersonales	Intimidad Familia Amistades	Afecto Interacciones Apoyo
Bienestar material	Propiedad Seguridad Estatus económico	Comida Posesiones Protección
Desarrollo Personal	Educación Satisfacción Actividades significativas	Habilidades Competencia personal Progreso
Bienestar físico	Salud Ocio Seguro medico Cuidados sanitarios	Actividades de la vida diaria Movilidad Tiempo libre Nutrición
Autodeterminación	Autonomía Decisiones Autodirección	Valores personales y metas Control personal Elecciones
Inclusión social	Aceptación Apoyos Ambiente residencial Actividades comunitarias	Voluntariado Ambiente laboral Roles sociales Posición social
Derechos	Derecho a voto Accesibilidad Privacidad	Juicio justo Derecho a ser propietario Responsabilidades cívicas

Cambios físicos y fisiológicos

Estos se producen cuando existe un deterioro del sistema nervioso, el cual a su vez provoca lentitud en los movimientos pérdida de reflejo, aumento en la posibilidad de manifestar enfermedades que puedan afectar a otros sistemas del organismo como las cardiovasculares (infartos, aterosclerosis, accidentes cerebrovasculares), respiratorios (atrofia de la mucosa que afecta a la nariz, faringe y laringe, disminución en la elasticidad pulmonar, infecciones respiratorias graves), digestivos (disminución del gusto, dificultad para tragar), musculo esqueléticos (disminución en el tamaño y densidad del hueso, articulaciones con un rango reducido de movimiento, disminución del tono muscular así como de la elasticidad de las unidades musculo tendinosas), el sistema inmunológico se debilita, producción de déficits sensoriales, en el sistema urinario (los riñones reducen su eficacia para eliminar los desechos, aumenta la posibilidad de incontinencia urinaria). Cambios psicológicos y cognitivos (4).

La predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión son también aspectos relacionados con la vejez, estos bien pueden estar relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y/o a los aspectos sociales (jubilación, pérdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social (4).

Por otro lado, existen modificaciones en los procesos cognitivos tales como la atención, la memoria, la percepción, la orientación, el tiempo de reacción (lentecimiento de la actividad mental), aumentan los problemas de razonamiento y pueden llegar a producirse pérdidas de memoria y otras funciones cognitivas debido a posibles patologías asociadas como la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, etc. (4,16).

Cambios psicomotores

En los seres humanos se produce una retrogénesis psicomotora, este es el proceso mediante el cual la organización psicomotora ha sido desarrollada desde recién nacidos hasta la adultez que en un momento dado sufrirá una degeneración descendente desde la praxia fina (movimientos conscientes e intencionales dotados de sentido útil) y habilidades perceptivo-motrices (estructuración espacial y temporal, lateralización, ritmo, etc.) al equilibrio y la tonicidad (4,16).

En estos cambios aparecen esquemáticamente síntomas de dificultades de reconocimiento del propio cuerpo, problemas de equilibrio y orientación, esto provoca una disminución en la capacidad de desplazamiento e involución de las cualidades físicas como la coordinación, flexibilidad, fuerza, velocidad y resistencia (4). Con la edad las células del cuerpo cambian y ello conlleva a un deterioro, el cual da lugar a alteraciones de la estructura y el funcionamiento vital de los órganos, sistemas y aparatos.

En todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, esto no quiere decir que se presenten al mismo tiempo. Estos cambios morfológicos y funcionales que tiene lugar en la cavidad bucal con la edad forman parte del envejecimiento general del organismo, conociéndose que en un número importante de personas de la tercera edad presenta enfermedades en los tejidos de sostén y en el aparato estomatognático en general. Koller y Hunt afirman que el tratamiento de los problemas bucales de las personas de la tercera edad no depende de nuevas técnicas si no del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez (17). Para una buena valoración de un paciente geriátrico se deben incluir 5 aspectos: salud física, salud mental, nivel socioeconómico, circunstancia del ambiente y estado funcional.

Cambios relacionados con la cavidad bucal

En el reporte y registro de información a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB), se menciona que durante un año 2007, en el grupo

de 65 y más años el 74% de los adultos mayores presentó algún grado de enfermedad periodontal y un promedio de 10.2 dientes perdidos. Lo cual indica un deterioro importante de la cavidad bucal en las personas que asisten a los servicios de salud que incluye el SIVEPAB.

Sáez et.al., menciona que los primeros signos de envejecimiento del aparato digestivo se observan en la cavidad bucal; algunos cambios importantes que ocurren en la edad son naturales, como el desgaste de los dientes y cierto grado de oscurecimiento. Otros son resultado de la acción de enfermedades tales como periodontitis, de medicamentos (xerostomía) y efectos de factores socioculturales y económicos (17).

Los cambios en la cavidad bucal pueden tener dos orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad, pero inducen cambios bioquímicos funcionales y estructurales. Los músculos masticatorios y la piel pierden el 20% de su eficacia al pasar de los 30 años a los 65 años. Así mismo, la musculatura facial pierde elasticidad y resistencia debido a la deshidratación y el aumento del tejido fibroso. La debilidad muscular es un aspecto reconocido en el envejecimiento fisiológico; el tejido muscular se atrofia lentamente y dicha involución se manifiesta por una fragilidad en aumento (17).

En cuanto a la deglución esta se caracteriza frecuentemente por mostrar una mayor duración en el tiempo de deglución de los alimentos y en la realización de los movimientos innecesarios. El habla es la función que resiste más al envejecimiento, su afección es casi imperceptible, la xerostomía es el signo que puede influir más en la pronunciación, esto se traduce en un flujo salival disminuido. Así mismo se producen hipertrofias relacionadas con el grado de desdeñamiento del paciente.

Por otra parte, los dientes cambian de tamaño, posición, forma y color por alteraciones de los propios tejidos dentarios; esto puede ser causado por atrición, erosión, caries, pérdida de dientes, enfermedad periodontal, de la misma manera estas alteraciones se pueden presentar por la posición de los dientes, pérdida de dimensión vertical.

Respectivamente el periodonto se puede ver modificado por dos motivos: una higiene dental pobre o nula, la cual lleva a un acumulo de biopelícula o placa dentobacteriana la cual provoca gingivitis y con el paso del tiempo retracciones gingivales, caries, lesiones en furca, adelgazamiento de la encía.

En cuanto a la mucosa bucal el epitelio se atrofia, existe una disminución de la queratinización, disminución de la cantidad de células en tejido conectivo. En la mucosa labial es común la queilitis comisural que está relacionada a deficiencias de vitaminas del complejo B y mordedura cerrada (18). En el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación con las fuerzas oclusales. Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas; adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, que incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, con probabilidad de fractura. Esto explica el relativo aumento de la densidad radiográfica en los pacientes de edad avanzada (17-18).

En el año 2011 Huber et al., cuestiona la definición de la OMS al plantearse las limitantes que esta conlleva como lo son:

- La medicalización de la sociedad lo que nos da a entender que todo aquello que conocemos como sano lo convertiríamos en patología partiendo desde la definición de salud.
- La demografía de la población y la naturaleza de las enfermedades cambia constantemente; así como las medidas de que son tomadas para tratar cada una de estas.
- El desarrollo de sistemas que clasifican las enfermedades y descripción de aspectos de salud, discapacidad, funcionamiento y calidad de vida (9).

Múltiples asociaciones como lo son la Asociación Canadiense de Salud Pública, Salud y Bienestar Social de Canadá en el año de 1986 en la “Carta de Ottawa para la promoción de la salud” han realizado propuestas para adecuar la definición de salud, sin embargo, la OMS no ha aceptado dichas propuestas (10). El primer paso para utilizar el concepto de salud es identificarlo y adecuarlo a la salud física, mental y social. En cuanto a la salud mental esto se toma como un factor de coherencia capaz de recuperarse de estrés psicológico y prevenir trastornos. El sentido de la coherencia incluye algunas facultades como la comprensibilidad, manejabilidad y la capacidad de adaptación. En tanto a la salud social se hace referencia a la capacidad de las personas de cumplir con su potencial y obligaciones, así como de la capacidad de manejar su vida con independencia a pesar de alguna condición física limitante. Por último, la salud física hace referencia a la capacidad de mantenernos en un estado de adaptación constante para reducir daños (9).

Todo lo anterior, es la guía para generar conceptos de gestión y políticas de salud centrándose en la necesidad de definiciones con propósitos de medición, investigación y evaluación de sistemas de salud. Lo que conllevaría a la construcción de marcos de salud que sistematicen diferentes necesidades operativas. Estos instrumentos deben corresponder a la capacidad de adaptación y autogestión. Las herramientas deben incluir métodos de evaluación del estado funcional y estándares de medición de calidad de vida y sensación de bienestar.

Actualmente la salud bucodental se define como el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal (11). Múltiples estudios realizados en Colombia, España, Chile y México señalan que situaciones cotidianas, incluyendo alteraciones en la salud bucal impactan en la vida diaria. (Propiedades psicométricas/Patterns of impaired) El impacto de la salud bucal se cuantifica mediante índices o escalas, esto da origen al concepto de la Calidad de Vida Relacionada con Salud Bucal (CVRSB) (12).

Objetivos

Objetivo general

- Conocer el estado de nutrición y salud bucal de en adultos mayores de 65 años de un centro recreativo al sur de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

- Identificar el estado de autopercepción bucodental de los adultos mayores.
- Conocer el estado de salud bucal de los adultos mayores utilizando como instrumento el Índice de Valoración Oral en Geriatría.
- Evaluar la calidad de salud bucal de los pacientes mediante el Índice de Valoración Oral en Geriatría.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal. El grupo de estudio se conformó con personas de 60 años o más de un centro social y recreativo ubicado en la zona sur de la Ciudad de México.

Aspectos éticos

Los pacientes firmaron una carta de consentimiento informado aceptando participar en el estudio. Previamente, se les explicaron los objetivos del estudio y los procedimientos que se requerían realizar para cumplir con los objetivos de este. Se les informó que el no participar no produciría consecuencia negativa alguna y que podrían retirarse del estudio en el momento que decidieran. Después del examen bucal, cada paciente recibió información sobre el estado de su cavidad bucal y se refirió a aquellos que lo requerían. Este protocolo siguió los criterios de Helsinki en su ejecución.

Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud bucal.

La Calidad de Vida Relacionada con Salud Bucal (CVRSB), tiene como base cuatro dimensiones: apariencia orofacial, dolor, impacto psicosocial y función. Existen diversos métodos para la cuantificación de la calidad de vida bucal entre ellos se encuentran: Oral Health impact Profile (OHIP), Dental Impact on Daily Living (DIDL), Oral Impact on Daily Performances (OIDP) y el Geriatric Oral Health Assesment Index-GOHAI.

Dichos métodos o instrumentos de evaluación están basados en la autopercepción mediante el uso de preguntas reducidas para facilitar la aplicación y posterior análisis abarcando el estado de salud/enfermedad bucodental en los adultos mayores, basándose en la evaluación clínica de la articulación temporomandibular (ATM), lesiones en mucosa bucal, lesiones en la mucosa bucal, estado periodontal, estado dental, flujo salival, estado protésico, nivel de eficacia y motivación hacia la higiene bucal (13).

El instrumento de evaluación que aporta las características requeridas es el Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI); descrito por Atchison y Dolan en 1990, basado en 3 supuestos (12,14,15).

- La salud bucodental puede ser medida utilizando la autoevaluación
- Los niveles de salud bucodental varían entre las personas y esta variación puede demostrarse utilizando una medición basada en la autopercepción de la persona
- La autopercepción ha sido identificada como predictora de la salud bucodental.

Originalmente en la propuesta del GOHAI la medición de CVRSB (Calidad de Vida Relacionada con Salud Bucal) se representa de forma unidimensional, pero también se pueden identificar tres dominios tomando en cuenta las preguntas del cuestionario. Las dimensiones son las siguientes

- Función física: incluye aspectos como comer, hablar y deglutir (ítems del 1-4)
- Función psicosocial: abarca aspectos como la preocupación acerca de la salud oral, autoimagen, conciencia de la salud y limitación de los contactos sociales por causa de problemas orales (ítems del 6-7 y 9-11)
- Dolor o incomodidad asociados al estado bucodental. (ítems 5,8 y 12)

El GOHAI es un instrumento de 12 ítems con los cuales están expresados de manera interrogativa con respuestas cerradas y evaluados en una escala tipo Likert que varía del 1 (nunca) al 5 (siempre), excepto por los ítems 3 y 7, ya que al encontrarse redactados de manera positiva su puntaje se invierte (11). El entrevistado debe responder estos ítems con el cuestionamiento “En los últimos tres meses...” seguido del ítem. La puntuación varía de 12 (puntuación mínima equivalente a baja valoración de la salud oral) y 60 (puntuación máxima equivalente a una alta valoración de la salud oral) (10,12–14). En el presente trabajo se dan a conocer las respuestas de 286 personas adultos mayores de 65 años de un centro recreativo al sur de la ciudad de México, utilizando como instrumento el Índice de Valoración Oral en Geriatría.

S= siempre (1); F= frecuentemente (2); AV= algunas veces (3); RV= rara vez (4); N= nunca (5). Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (siempre= 5; frecuentemente= 4; algunas veces= 3; rara vez= 2; nunca= 1). La siguiente tabla presenta las preguntas (Tabla 2)

Tabla 2. Pregunta: ¿En los últimos tres meses...					
Ítem	Siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1.-cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
2.- cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?	1	2	3	4	5
3.-Cuántas veces ha tragado bien usted?	5	4	3	2	1
4.-Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes?	1	2	3	4	5
5.-Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener alguna molestia?	1	2	3	4	5
6.- Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7.-Cuando usted se mira al espejo, ¿cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o dentadura?	5	4	3	2	1
8.-Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o molestia en su boca?	1	2	3	4	5
9.- Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10.-Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11.- Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12.-Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

Resultados

Un total de 286 personas de la tercera edad conformaron la muestra con una edad promedio de 81.1 años; una desviación estándar de 10.31. Con un porcentaje de 65.38% de mujeres (187), 34.62 % de hombres (99), entre los cuales el 41.96% son viudos. Con un nivel educativo de nivel básico (21.68%), lo cual puede llegar a explicar un acceso escaso a servicios de salud (Tabla 3).

Por otra parte, el abandono familiar con el 52.45% es una de las principales causas de que los adultos mayores se encontraban en el centro recreativo, encontrándose también en 27.62% en este centro por decisión propia, mientras que el 11.19% sufrieron de abandono social refiriéndose este a la falta de reconocimiento o el sentirse excluido de actividades sociales, por último, el abandono por enfermedad es la causa menos recurrente referida por los adultos 8.74%.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los adultos mayores entrevistados

Variable	Categoría	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sexo	Masculino	99	34.62
	Femenino	187	65.38
Estado civil	Casado	50	17.48
	Unión Libre	5	1.75
	Divorciado	27	9.44
	Soltero	84	29.37
	Viudo	120	41.96
	Nivel educativo	Ninguna	42
Primaria trunca	62	21.68	
Primaria terminada	59	20.63	
Secundaria trunca	12	4.20	
Secundaria terminada	24	8.39	
Preparatoria trunca	13	4.55	
Preparatoria terminada	20	6.99	
Universidad trunca	18	6.29	
Universidad terminada	34	11.89	
Posgrado	2	0.70	
Causa	Abandono familiar	150	52.45
	Abandono social	32	11.19
	Decisión propia	79	27.62

Religión	Por enfermedad	25	8.74
	Católica	266	93.01
	Cristiana	12	4.20
	Judío	1	0.35
	Ortodoxo	1	0.35
IMC	Evangelista	6	2.10
	Bajo peso	31	10.99
	Normal	132	46.81
	Sobrepeso	80	28.37
	Obesidad	39	13.83

Tabla 4. Distribución de los participantes de acuerdo con la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y autoinmunes

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado %
HTA	No	122	42.66
	Si	164	57.34
DEMENCIA	No	237	82.87
	Si	49	17.13
DEPRESIÓN	Si	230	80.42
	No	56	19.58
ECV	No	240	83.92
	Si	46	16.08
REUMATOLOGÍAS	Si	13	4.55
	No	273	95.45
TIROIDES	Si	24	8.39
	No	262	91.61
CÁNCER	No	277	96.85
	Si	9	3.15
AUTOINMUNES	Si	6	2.10
	No	280	97.90
INSUFICIENCIA RENAL	Si	12	4.20
	No	274	95.80

La Tabla 4 presenta las enfermedades crónicas de mayor ocurrencia observadas en los adultos mayores que participaron en el estudio. En cuanto a las enfermedades más comunes entre los adultos del Centro Recreativo se encuentran hipertensión arterial con 57.34%, demencia con 17.13%, depresión con 19.58%, accidente cerebrovascular 16.08%, enfermedades reumatológicas 4.55%, problemas de tiroides 8.39%, cáncer 3.15%, enfermedades autoinmunes 2.10%, insuficiencia renal 4.20%. Teniendo en cuenta estos datos 15.03% de los adultos mayores utilizan al menos 3 medicamentos, el 12.59% utiliza al menos 4 medicamentos, mientras que 9.79% usa 5 medicamentos, solo el 9.44% no utiliza ningún medicamento (anexos).

Tabla 5. Clasificación de los adultos mayores de acuerdo con su Índice de Masa Corporal (IMC)

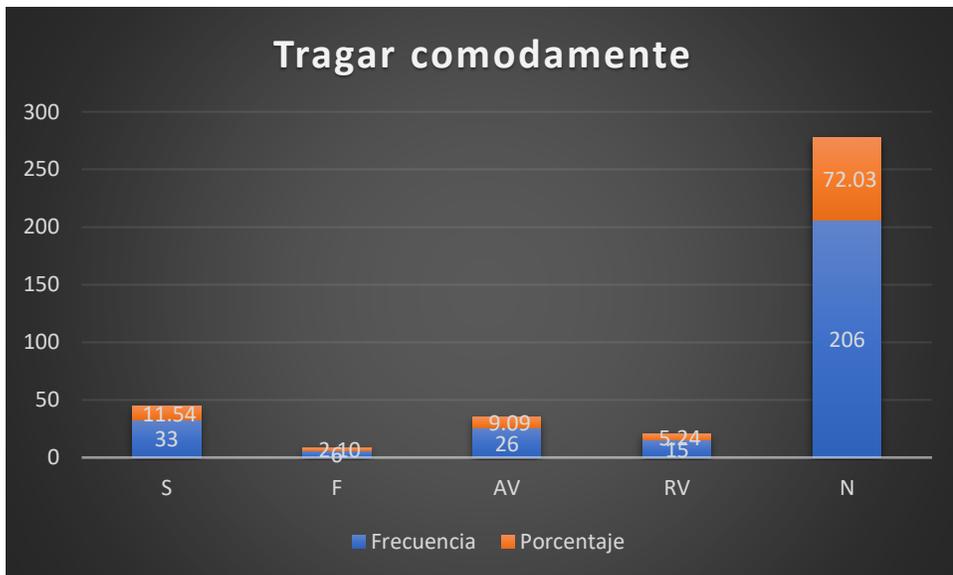
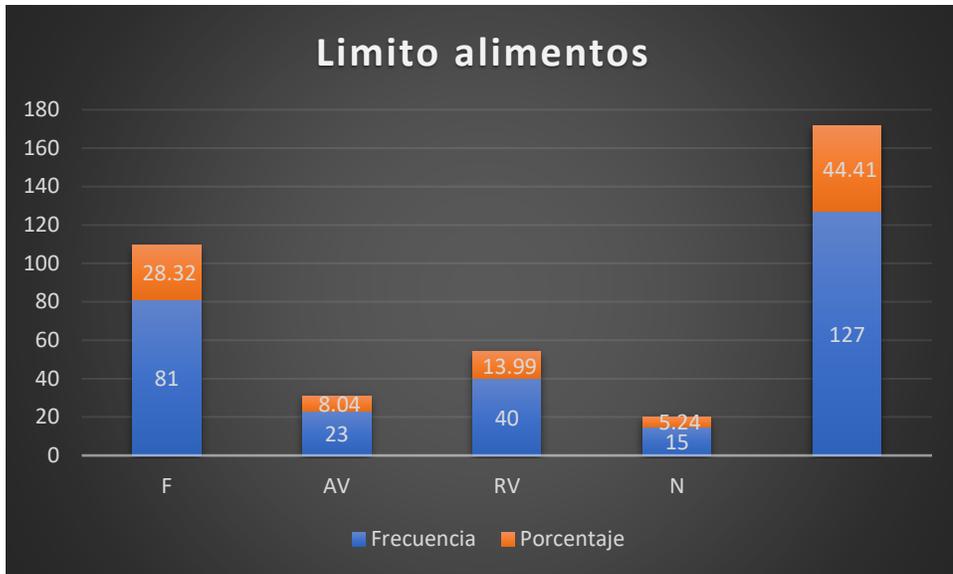
	Categoría	Número	Porcentaje %
IMC	Bajo peso	31	10.99
	Normal	132	46.81
	Sobrepeso	80	28.37
	Obesidad	39	13.83

La distribución de los participantes con base en su IMC se presenta en la Tabla 4. En el grupo de estudio el porcentaje de Índice de Masa Corporal en el nivel normal en el 46.8% de los adultos mayores evaluados, mientras que solo el 10.99% de ellos presenta bajo peso. Mientras que el porcentaje con sobre peso y obesidad fue del 42.2% (Tabla 5).

El Índice de Valoración Oral en Geriatría (GOHAI por sus siglas en ingles Geriatric Oral Health Assesment Index), es una encuesta que consta de 12 ítems, con respuestas cerradas en donde la puntuación es variable y van desde 12 considerada la puntuación mínima que equivale a una deficiente salud oral; la puntuación máxima 60, nos habla de una valoración de la salud oral alta.

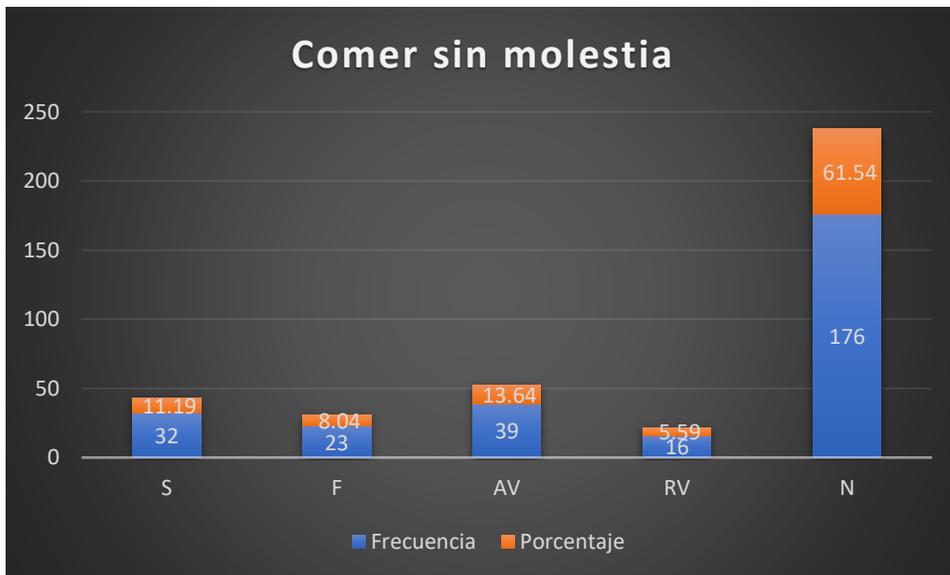
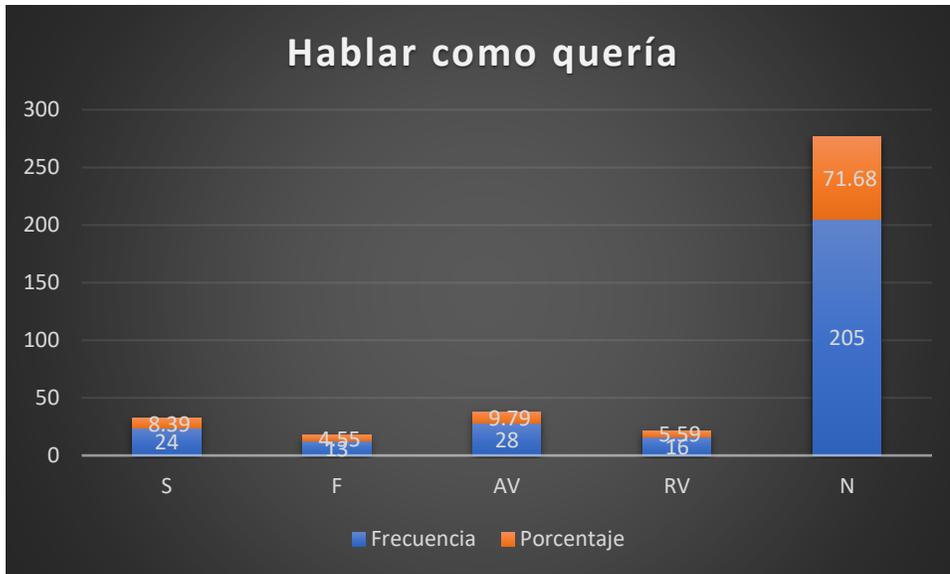
Respecto al consumo de alimentos y sus limitantes 127 adultos correspondientes al 44.41% de los encuestados nunca han tenido molestia al masticar alimentos duros como carne o manzanas, mientras que 28.32% siempre tiene problemas para consumir este tipo de alimentos (Grafico 1).

Con respecto al momento de deglutir 72.03% de los adultos concuerdan con siempre lograr tragar de manera satisfactoria, mientras que 11.54% correspondiente a 33 adultos de 286 nunca han logrado llevar a cabo la acción de tragar de manera adecuada, solo el 9.09% de estos a veces logran deglutir correctamente, 5.24% frecuentemente lo logra y solo 2.10% lo hace rara vez. (Tabla 5, gráfico 2)

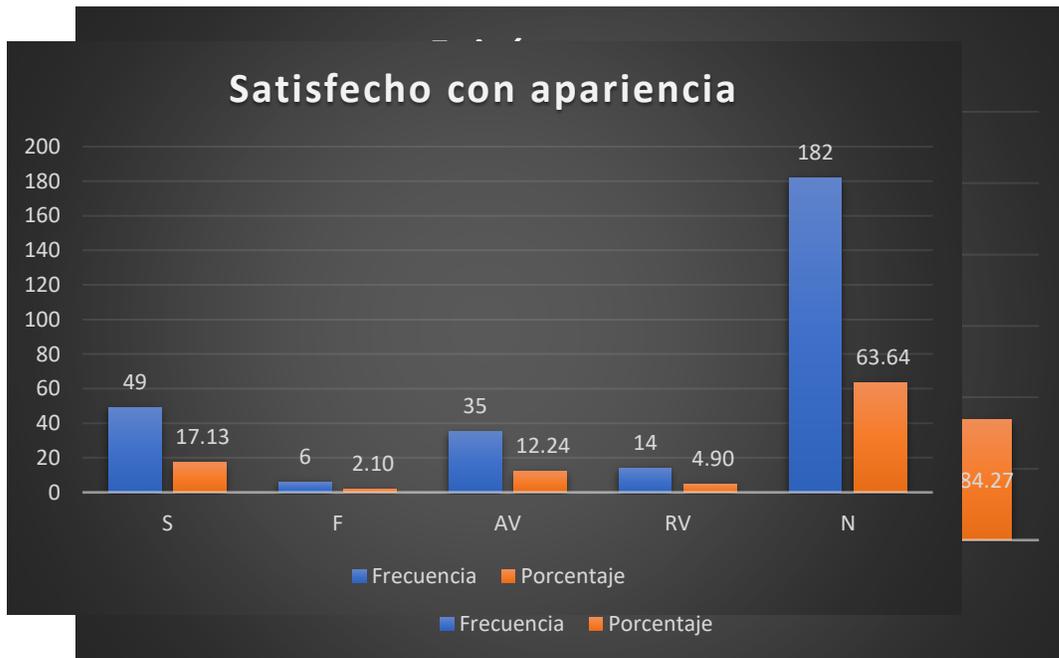


En cuanto al hablar de manera correcta el 71.385 de los adultos puede llevar a cabo esta acción de manera satisfactoria y solo un 4.55% tiene dificultades con la manera de hablar por culpa de sus dientes o dentadura.

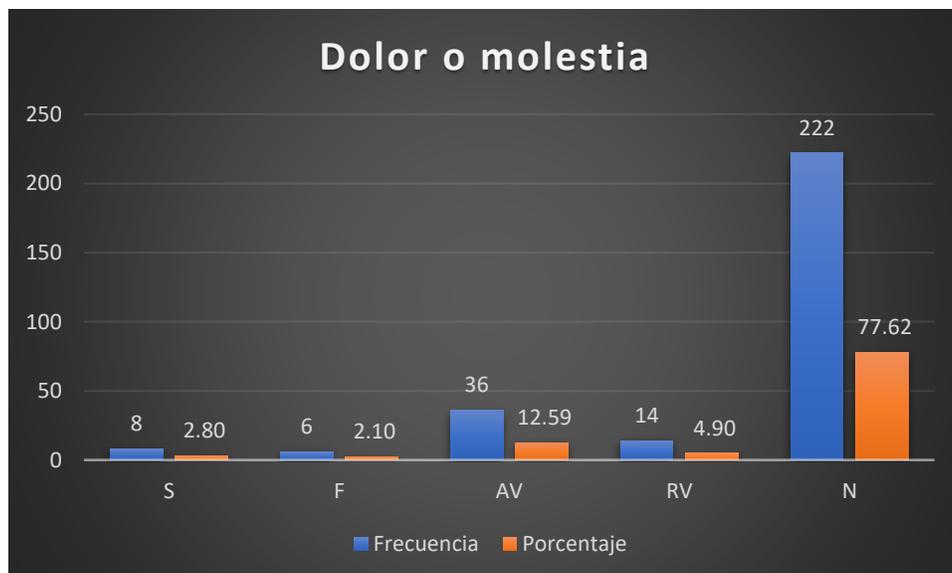
Respecto a la molestia que los adultos refieren por no comer lo que querían un 61.54% nunca han presentado molestia sin embargo el 11.19% siempre presenta molestia por no poder comer de manera adecuada y un 13.64 % alguna vez han tenido molestia al comer.



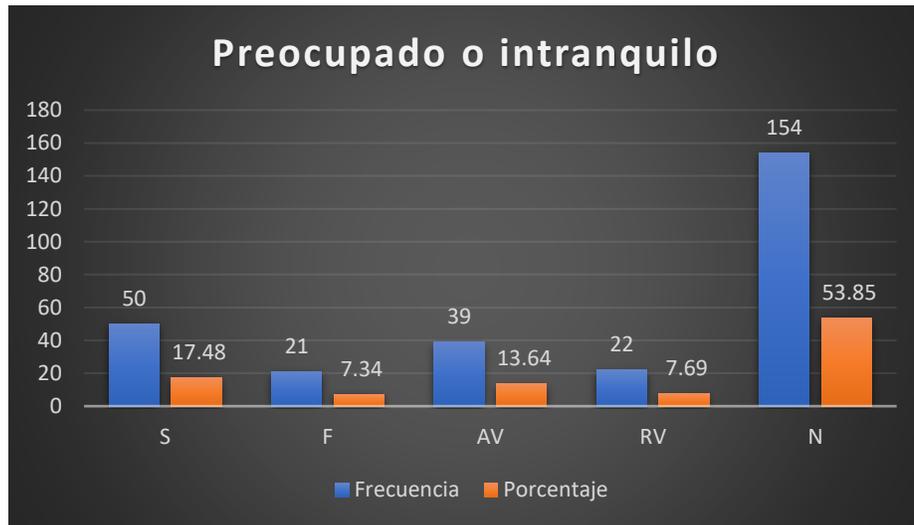
El contacto verbal con las personas en nuestro entorno ya sea para hablar o simplemente salir puede verse limitado por culpa de nuestros dientes; en este caso el 84.27% de los adultos nunca han tenido esta problemática, no obstante 17 adultos correspondientes al 5.94% evitan el contacto con otras personas debido a sus dientes o dentadura, siendo el 5.59% de adultos los que evitan contacto con otras personas algunas veces. Esto va de la mano al sentirse contentos con la apariencia de sus dientes o dentadura 17.13% nunca sienten contentos con el estado de sus dientes, mientras que 63.64% siempre se ha sentido contentos con cómo se ven sus dientes en los últimos 3 meses. Demostrando que los adultos mayores se sienten cómodos tanto con la funcionalidad de sus dientes como de su apariencia.



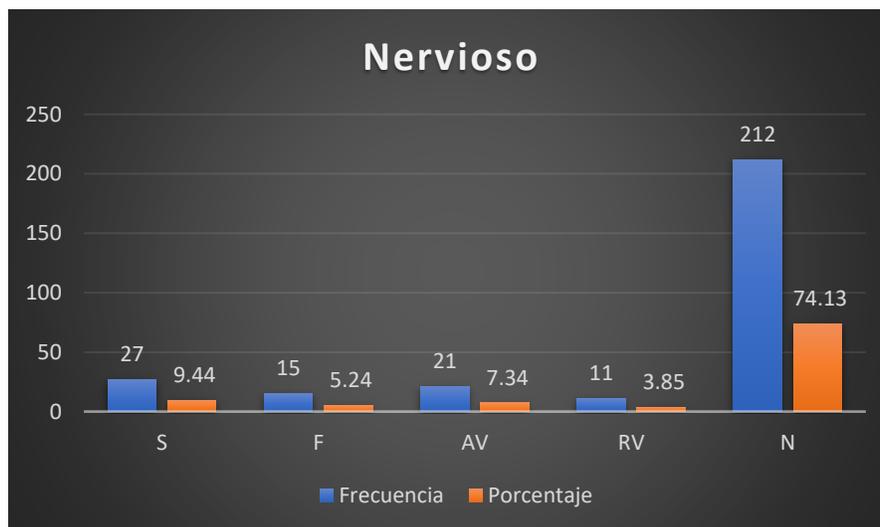
El uso de medicamentos para aliviar dolor o molestia en la cavidad bucal durante los último tres meses tuvo mayor porcentaje de adultos que nunca utilizaron medicamentos con un 77.62%, sin embargo, el 12.59% de los adultos utiliza algunas veces medicamentos, por otro lado 2.80% siempre usa medicamentos.

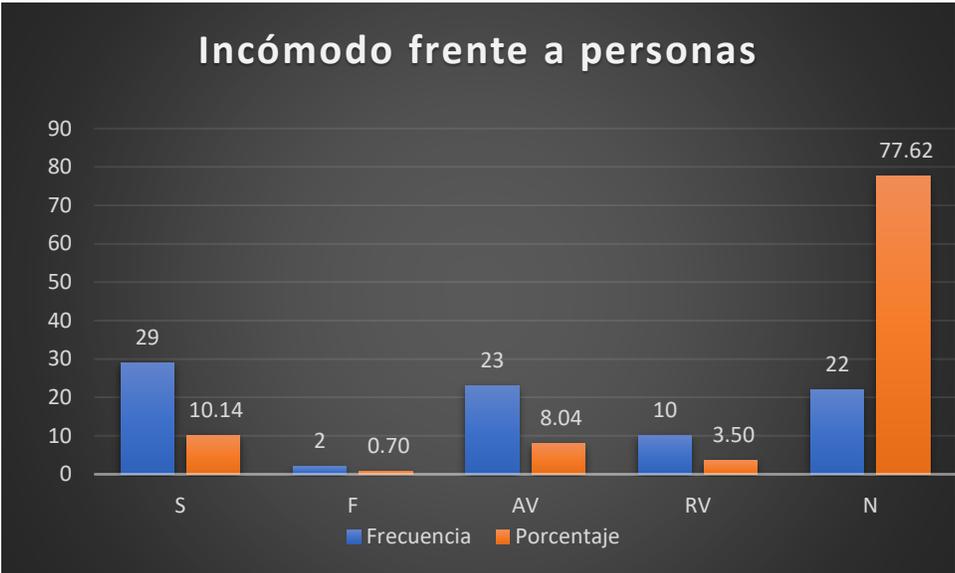


En cuestión de la preocupación que pueden llegar a tener porque sus dientes o dentadura no están en condiciones óptimas, el 53.85% nunca ha sentido preocupación, mientras que 7.34% frecuentemente se encuentran intranquilos por sus dientes o dentadura. Por otra parte, los resultados acerca de sentirse nerviosos por problemas en sus dientes en su mayoría (74.13%) de los adultos nunca han tenido esta problemática, sin embargo, al menos 9.44% siempre se ponen nerviosos por los problemas con sus dientes.

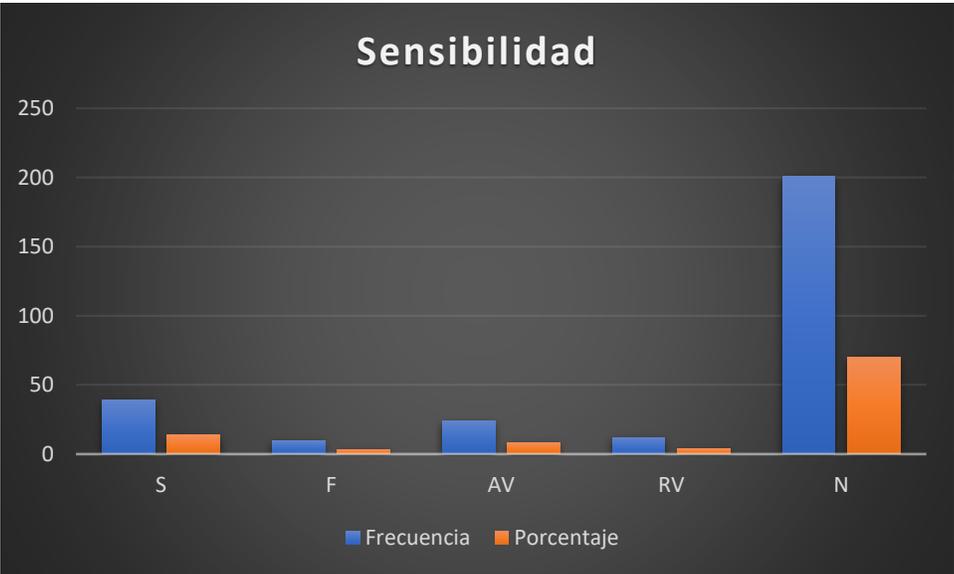


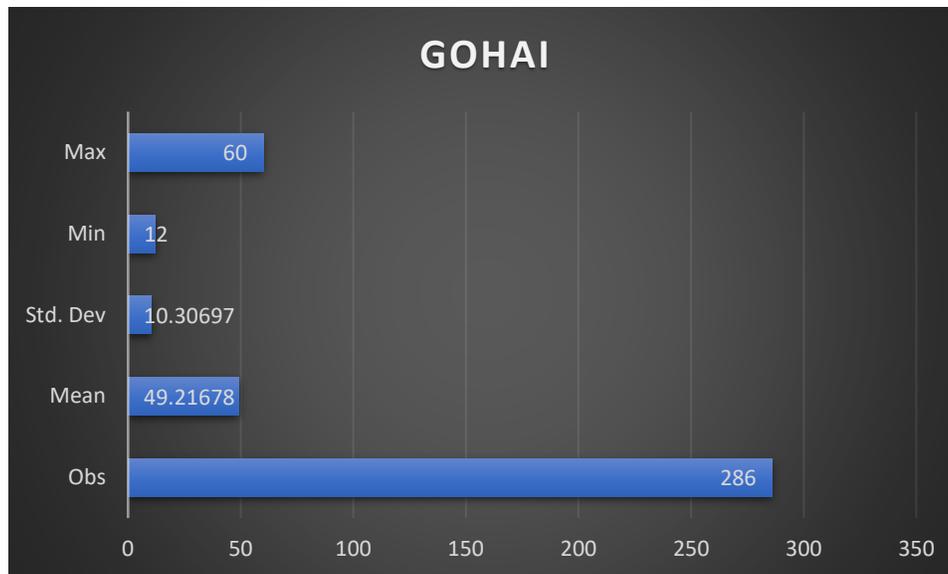
Por otra parte, los resultados acerca de sentirse nerviosos por problemas en sus dientes en su mayoría (74.13%) de los adultos nunca han tenido esta problemática, sin embargo, al menos 9.44% siempre se ponen nerviosos por los problemas con sus dientes. Mientras que el 77.62% de los adultos no se sienten incomodos por comer frente a otras personas, solo un 10.14% presentan esta problemática.





En tema de sensibilidad el 70.28% de los adultos no tienen sensibilidad o molestia durante el consumo de alimentos fríos, calientes o dulces; mientras que el 13.64% siempre tiene molestia con su consumo.





En el grafico GOHAI tenemos los datos del número de personas encuestadas que es igual a 286 con un mínimo de puntuación en 12 y un máximo de 60, la desviación estándar de 10.30 la media de puntuación fue de 49.22.

Discusión

La prevalencia de los problemas de salud bucal, incluido el dolor o la incomodidad en la cavidad bucal, puede variar ampliamente según factores como la ubicación geográfica, las prácticas culturales, el acceso a la atención médica y las metodologías de estudio. Se debe tener en cuenta que las diferencias en el diseño del estudio, los métodos de muestreo y las características de los participantes pueden influir en las tasas de prevalencia obtenidas. En muchos casos, los problemas de salud bucal se vuelven más comunes a medida que las personas envejecen debido a factores como la producción reducida de saliva, los cambios en los hábitos de higiene bucal y la presencia de afecciones médicas crónicas. Esto es consistente con los hallazgos del presente estudio donde la mayor parte de los participantes tenía un impacto negativo a su calidad de vida asociado a su salud bucal.

Los resultados del presente estudio sobre la frecuencia de dolor e incomodidad son ligeramente inferiores a los identificados en un estudio realizado en Corea del Sur donde encontró que el 45.9% de los participantes de edad avanzada reportaron molestias orales (19).

La relación entre la salud general y la salud bucal ha sido considerada en la literatura médica dada su importancia en los planes de tratamiento y señala la necesidad de una preparación adecuada de los profesionales de la odontología y una mejor interacción con los médicos que tratan a los pacientes de la tercera edad.

La enfermedad periodontal involucra un proceso inflamatorio crónico y se le ha asociado a un mayor riesgo de enfermedades sistémicas. Un estudio realizado en Corea del Sur

utilizando información de los seguros médicos identificó clasificó a los asegurados en un grupo con enfermedad periodontal de 200,026 adultos y otro sin esta patología conformado por 154,824 personas, se utilizó información del periodo 2002 a 2013 para identificar la asociación con enfermedades crónicas y se controló por posibles factores de confusión como edad, sexo ingreso económico, seguros médicos, lugar de residencia y la presencia de comorbilidades. El seguimiento mostró que la obesidad (OR = 1.30, P = .022), osteoporosis (OR = 1.22, 95% CI = 1.18-1.27, P < .001), y la angina de pecho (OR = 1.22, 95% CI = 1.17-1.27, P < .001) mostraron una asociación significativa con la presencia de enfermedad periodontal a lo largo de 12 años de seguimiento (19).

En un estudio realizado en una cohorte del proyecto de obesidad, sarcopenia, y fragilidad en adultos mayores (COSFOMA) con un diseño caso-cohorte. Se efectuó un análisis de clases latentes y se identificó que aquellos adultos mayores con mayor deterioro en su salud bucal tenían mayor probabilidad de desarrollar fragilidad. Se utilizó Salud bucal aceptable (Clase 1) como categoría de referencia, se detectó que los adultos mayores con edentulismo (OR 4.1, OR ajustado 2.3) y Salud bucal deficiente (OR 2.4, OR ajustado 2.2) tenían un mayor riesgo de desarrollar fragilidad en comparación con aquellos con Salud bucal aceptable (20).

Un estudio realizado en México donde se compararon datos del 2001 con 2012 sobre la asistencia a la consulta dental se identificó que el nivel educativo y el tener seguro médico y el dental incrementaron la posibilidad de realizar visitas al dentista (21).

En otro estudio en población adulta mayor en México se realizó un seguimiento por un periodo de tres años. En este estudio se identificó incidencia acumulada de fragilidad del 14.8%. Cada diente adicional presente en boca se asoció con una menor probabilidad de desarrollar fragilidad en un 5.0 % (RR = 0.90; IC del 95 %: 1.02–1.10). El cociente de riesgos de 3 años de desarrollar fragilidad fue 2.13 veces mayor (IC del 95 %: 1.01–4.50) entre los participantes con periodontitis grave (22). Esta asociación muestra la importancia del estado de la cavidad bucal en la salud general del paciente y en particular en la fragilidad.

La presente investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral fue evaluada utilizando el instrumento geriátrico: Oral Health Assesment Index (GOHAI). Este instrumento está validado en población mexicana mayor de 65 años. La respuesta la presencia de una salud bucal deteriorada varía considerablemente de una población a otra. Un estudio realizado en la India los participantes fueron asignados en tres grupos según la edad: 65-69 años, 70-74 años y 75 años o más. Se observó que las percepciones de los problemas físicos asociados con la salud oral diferían significativamente entre los grupos de edad en esta población geriátrica. El grupo de mayor edad, los de 75 años o más, informó problemas físicos más agudos que los otros grupos de menor edad, como era de esperarse. Por el contrario, los problemas relacionados con la apariencia y la actitud hacia el cuidado dental fueron similares en los tres grupos de edad. Además, el cuidado dental no se consideraba una preocupación principal entre los pacientes geriátricos (23). No obstante, estos hallazgos sugieren que se requiere la determinación de la salud bucal y clínica de los pacientes geriátricos para

una atención es importante, se sugieren más estudios que indaguen la respuesta de grupos de población con diferente edad y distinto nivel socioeconómico.

Díaz Cárdenas en 2017 menciona que situaciones cotidianas de la vida diaria impactan en la nuestra calidad de vida ya sea general o bucal (12). Así mismo, la calidad de vida de cada individuo, al ser percibida de manera diferente requiere ser medida con instrumentos específicos; esto ha favorecido el desarrollo de distintos instrumentos de medición como lo son el Oral Health Impact Profile (OHIP), Dental Impact on Daily Living (DIDL), Oral Impact on Daily Performances (OIDP) y el Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). (13). En este caso el GOHAI como instrumento de medición de valoración de salud oral es utilizado para detectar un grado de sensibilidad y especificidad en población adulta; siendo válido en países como España, Japón, Alemania y Turquía (11-13).

Actualmente existen versiones del GOHAI para España, China, Francia, Suecia, Malasia, Japón, Alemania, Turquía, Jordania y, recientemente, México (11). En Colombia, Díaz Cárdenas et al., en el año 2017, publicaron las propiedades psicométricas de la versión en español del Índice General de Valoración de Salud Bucal en pacientes adultos con la finalidad de conocer la fiabilidad de dicho índice. Aplicado a 1011 pacientes atendidos en una clínica odontológica universitaria de Cartagena de Indias entre febrero de 2012 y diciembre de 2015. Concluyendo que los resultados tienen buena validez de constructo, consistencia interna y que puede ser utilizado tanto en población geriátrica como en población en general, por lo tanto, de acuerdo con la publicación este instrumento no muestra un funcionamiento diferencial de acuerdo con el ciclo vital individual. Esta información permite tener mayor confianza en el instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud bucal en el presente estudio realizado en ancianos de la Ciudad de México.

Por otra parte, en México, en el año 2010 por Sánchez García et al., publicaron la validación del instrumento en adultos mayores en donde se utilizó la versión traducida de Granada, España. En lo que respecta a la población, fue aplicado en adultos mayores de 60 años, del sureste de la Ciudad de México, con 531 adultos mayores en la unidad médico familiar número 28 Gabriel Mancera.

A nivel internacional se ha observado la necesidad de formar más recursos en el campo odontológico para atender las necesidades del paciente de la tercera edad; así mismo se requiere de políticas de salud claramente orientadas a mejorar la salud del anciano y su calidad de vida (24).

Un estudio realizado por Venkatesan et al., donde se observó el cambio en la puntuación GOHAI al colocar prótesis a los pacientes se detectó que la puntuación del GOHAI fueron de 28.90 ± 7.28 a 42.19 ± 7.60 ($p = 0.001$). Hubo un cambio significativo en la calidad de vida de los ancianos después de su rehabilitación protodóntica, aunque la salud general autoevaluada no mostró una mejora significativa. (23)

Un estudio publicado en NCBI investigó el impacto del estado dental deficiente y la calidad de las prótesis dentales removibles en la composición corporal, el rendimiento masticatorio y la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) en adultos mayores. El estudio encontró que la presencia de menos dientes naturales o el uso de una prótesis dental removible inaceptable eran factores asociados con una menor masa ósea, masa muscular y CVRSO. El estudio también encontró una asociación temporal entre el estado dental, los tipos de prótesis dentales y la calidad de las prótesis dentales removibles con la alteración en la composición corporal. Sin embargo, no hay una relación causal entre estas variables (25).

Otro estudio en adultos mayores que tuvo como objetivo evaluar el impacto de la gravedad de la caries dental, el índice de masa corporal (IMC) y los factores sociodemográficos en la CVRSO de niños con necesidades especiales de atención médica. El estudio encontró que la gravedad de la caries dental, pero no el IMC, y el nivel educativo y ocupación de los cuidadores, además del grupo de edad del niño, tuvieron un impacto significativo en la CVRSO. (26)

Hasta donde fue posible investigar no hay evidencia directa en la literatura que muestre una asociación entre GOHA1 y la composición corporal en los ancianos. Sin embargo, la calidad de vida relacionada con la salud oral se ha asociado con el estado dental, los tipos y la calidad de las prótesis dentales, la gravedad de la caries dental y los factores sociodemográficos.

La salud oral es un indicador clave de la salud general, el bienestar y la calidad de vida. Comprende una serie de enfermedades y afecciones que incluyen caries dentales, enfermedades periodontales (de las encías), pérdida de dientes, cáncer oral, traumatismos orodentales, noma y defectos congénitos como el labio leporino y el paladar hendido. Las enfermedades orales son algunas de las enfermedades no transmisibles más comunes en todo el mundo, que afectan a aproximadamente 3.500 millones de personas. (27)

Las enfermedades orales afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas. Las personas de bajos ingresos y nivel socioeconómico llevan una carga más alta de enfermedades orales y esta asociación persiste a lo largo de la vida, desde la infancia hasta la vejez, y sin importar el nivel de ingresos del país (27).

Podemos concluir que los resultados del presente estudio muestran que una importante proporción de los adultos mayores encuestados tiene problemas bucales que afectan su calidad de vida. Presentan dolor incomodidad, y también sufren un impacto psicológico al decidir no asistir a eventos o sonreír debido al estado de su dentición. Es necesario implementar programas de atención bucal para el adulto mayor, considerando el impacto físico, psicológico y en general en la calidad de vida que el deterioro de la boca produce en los adultos mayores.

Referencias

1. Varela Pinedo, L. F. (2016, April 1). Health and quality of life in the elderly. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. Instituto Nacional de Salud. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
2. ¿Cómo define la OMS la salud? <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%ABLa%20salud%20es%20un%20estado,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>
3. Perú, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional de personas adultas mayores 2013-2017. Cuadernos sobre poblaciones vulnerables N° 5. Lima: MINP; 2013. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
4. González Bernal J, De la Fuente Anunciabay R. Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol*. 2017 Jan 30;7(1):121. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851791013>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud; 2015. 282 p.
6. Castillo Fernández D, Peón FV. Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo, 1970-2000. 2005.
7. González KD. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. 2015.
8. INEGI. Estadísticas a Propósito Del Día Internacional De Las Personas De Edad. *Inst Nac Estadística y Geogr [Internet]*. 2019;475–19:1–9. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
9. Huber M, André Knottnerus J, Green L, Van Der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343(7817).
10. Organización Mundial de la Salud. Asociación canadiense de Salud Pública S y BS de C. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Cart Ottawa para la Promoc la salud [Internet]*. 1:6. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
11. Montes-Cruz C, Juárez-Cedillo T, Cárdenas-Bahena Á, Rabay-Gánem C. Comportamiento del Geriatric / General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México in a senior adult population in Mexico City. 2014; 18:111–9.
12. Díaz-cárdenas S, Simancas-pallares M. Propiedades psicométricas de la versión en español del Índice General De Valoración de Salud Bucal [GOHAI] en pacientes adultos de Cartagena (Colombia) Psychometric properties of General Oral Health Assessment Index [GOHAI] - spanish version in adul. 2017;33(3):393–404.

13. Pizón Pulido SA, Montoya Gil JA. Validación del Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999;34(5):249–309.
14. Cárdenas Bahena, Ángel Velázquez Olmedo LB, Falcón Flores JA, García Zámamo IE, Monmtes Salmerón RE, Reza Bravo GG, Sánchez García S. Autopercepción de la salud oral en adultos mayores de la Ciudad de México. *Rev Medica Inst Mex Del Seguro Soc.* 2018;(56):S54–63.
15. Gutiérrez Quinceno B, Calzada Gutiérrez MT, Fandiño Losada A. Cultural adaptation and validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI - Colombian version. *Adaptación cultural y validación del Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI - versión Resumen.* *Colomb Med.* 2019;50(2):102–14.
16. Delgado Azañero W. Salud bucal: importancia en el adulto y el adulto mayor. *Diagnóstico.* 2018;57(1):12–9.
17. Sáez Carriera RI, Maribel Carmona DI, Zuilen Jiménez Quintana III D, Xiomara Alfaro III D. Cambios bucales en el adulto mayor Oral changes in the older adult. 2007.
18. Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I. Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal [Internet]. 2020. Available from: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/819
19. Lee JH, Oh JY, Youk TM, Jeong SN, Kim YT, Choi SH. Association between periodontal disease and non-communicable diseases: A 12-year longitudinal health-examinee cohort study in South Korea. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(26):e7398. doi:10.1097/MD.0000000000007398.
20. Velázquez-Olmedo LB, Borges-Yáñez SA, Andrade Palos P, García-Peña C, Gutiérrez-Robledo LM, Sánchez-García S. Oral health condition and development of frailty over a 12-month period in community-dwelling older adults. *BMC Oral Health.* 2021 Jul 20;21(1):355. doi: 10.1186/s12903-021-01718-6. PMID: 34284766; PMCID: PMC8290629.
21. Archuleta J, Beltrán-Sánchez H. The Impact of Education and Insurance Status on Past-Year Dental Visits Among Older Mexican Adults: Results From the 2001 and 2012 Mexican Health and Aging Study [published online ahead of print, 2022 Apr 23]. *J Aging Health.* 2022;8982643221086586. doi:10.1177/08982643221086586
22. Castrejón-Pérez RC, Wanyonyi KL, García-Vázquez PE, Cruz-Hervert LP, Ramírez-Aldana R, Borges-Yáñez SA. Frailty index and ten oral conditions in the Coyoacan cohort study: A cross-sectional analysis [published online ahead of print, 2022 Nov 10]. *Gerodontology.* 2022;10.1111/ger.12665. doi:10.1111/ger.12665
23. Venkatesan A, V AS, Ramalingam S, Seenivasan MK, Narasimhan M. Evaluation of Oral Health Status Using the Geriatric Oral Health Assessment Index Among the Geriatric Population in India: A Pilot Study. *Cureus.* 2020;12(3):e7344. Published 2020 Mar 20. doi:10.7759/cureus.7344
24. Jiang CM, Chu CH, Duangthip D, Ettinger RL, Hugo FN, Kettratad-Pruksapong M, Liu J, Marchini L, McKenna G, Ono T, Rong W, Schimmel M, Shah N, Slack-Smith L, Yang SX, Lo ECM. Global Perspectives of Oral Health Policies and Oral Healthcare Schemes for Older Adult Populations. *Front Oral Health.* 2021 Aug

16;2:703526. doi: 10.3389/froh.2021.703526. PMID: 35048040; PMCID: PMC8757822.

25. Techapiroontong S, Limpuangthip N, Tumrasvin W, Sirotamarat J. The impact of poor dental status and removable dental prosthesis quality on body composition, masticatory performance and oral health-related quality of life: a cross-sectional study in older adults. *BMC Oral Health*. 2022 Apr 27;22(1):147. doi: 10.1186/s12903-022-02103-7. PMID: 35477491; PMCID: PMC9044772.
26. Alwattban RR, Alkhudhayr LS, Al-Haj Ali SN, Farah RI. Oral Health-Related Quality-of-Life According to Dental Caries Severity, Body Mass Index and Sociodemographic Indicators in Children with Special Health Care Needs. *J Clin Med*. 2021;10(21):4811. Published 2021 Oct 20. doi:10.3390/jcm10214811
27. World Health Organization. Oral health. https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1. Visitada noviembre 2023

Anexo1

Tabla 1			
	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado. %
MEDICAMENTOS	0	27	9.44
	1	21	7.34
	2	27	9.44
	3	43	15.03
	4	36	12.59
	5	28	9.79
	6	18	6.29
	7	22	7.69
	8	14	4.90
	9	13	4.55
	10	7	2.45
	11	5	1.75
	12	8	2.80
	13	7	2.45
	14	3	1.05
	15	4	1.40
	17	1	0.35
	19	2	0.70
	POLIFARMACIA	No	26.57
Si		73.43	100.00

Tabla 2			
	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado. %

FUMA	No	265	92.66
	Si	21	7.34
FUMO EN EL PASADO	Si	125	43.71
	No	161	56.29
CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA	0	265	92.37
	0.33	1	0.35
	1	2	0.70
	2	3	1.05
	3	3	1.05
	4	3	1.05
	5	3	1.05
	8	2	0.70
	10	1	0.35
	15	1	0.35
	20	2	0.70
	ALCOHOLISMO	No	227
Si		59	20.63

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA

Este capítulo deberá ofrecer una descripción detallada de la plaza de servicio social asignada (centro de salud, institución del sector salud, etc.) que incluya: ubicación, organización, recursos, y programas de servicio. Adicionalmente, deberá especificar cómo está conformado el servicio de odontología o el proyecto de investigación. En el caso de los proyectos de investigación es importante describir los objetivos del proyecto, mencionar quiénes son los responsables del proyecto, y cuáles son las funciones y actividades que desarrolló el pasante de servicio social en el marco del proyecto.

Objetivos

Objetivo general

- Conocer el estado de nutrición y salud bucal de en adultos mayores de 65 años de un centro recreativo al sur de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

- Identificar el estado nutricional de los adultos mayores.
- Conocer el estado de salud bucal de los adultos mayores utilizando como instrumento el Índice de Valoración Oral en Geriatría.
- Evaluar la calidad de salud bucal de los pacientes mediante el Índice de Valoración Oral en Geriatría.

Responsables del proyecto

DRA. MARIA ESTHER IRIGOYEN CAMACHO
DRA. CONSUELO VELAZQUEZ ALVA

CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

El pasante deberá realizar una exposición narrativa ordenada cronológicamente de las actividades que realizó durante su servicio social, señalando el número de pacientes atendidos, el número de diagnósticos realizados, las actividades de promoción a la salud y/o de educación para la salud (trípticos, folletos, etc.), u otras actividades realizadas. Se recomienda, si la información recopilada lo permite, la elaboración de cuadros para presentar los datos correspondientes.

Actividad	Número	Periodo	Observaciones
Estructurar búsqueda en la literatura sobre calidad de vida	10 artículos	26 al 7 de marzo	No se encontraron artículos de población mexicana
Sesión de trabajo para identificar los buscadores de referencia bibliográficas	2 buscadoras	8 al 10 marzo	Se incluyó PUBMED y Lilacs
Cuadro de epidemiología	1 cuadro	16 marzo	Epidemiología de caries en América Latina
Se añaden índices de caries con la edad correspondiente en los artículos que están en la tabla.	Índices	30 marzo	Se colocan todos los índices usados en los artículos de revisión
Entrega de artículos en texto completo	5 artículos	5 abril	Se envían por correo
Corrección cuadro epidemiología		10 abril	se agregan más artículos
Encuesta nacional de salud en escolares 2008(resumen)	1 revisión	13 abril	
Búsqueda de encuesta de 2012 con datos de sobrepeso y obesidad.	14 artículos	19 de abril	No se encuentran datos de azúcares consumidas
Buscar los estudios de caries dental en México donde haya seguimiento de los participantes, se les	5 artículos	23 abril	Buscador utilizado PUBMED Google Academic

llama estudios longitudinales, de seguimiento o de cohorte, creo que hay pocos, no importa el grupo de edad, pero si necesitamos que sean de México,			
Búsqueda de estudios longitudinales en población mexicana	7 artículos	11 mayo	PUBMED y Lilacs
Revisión de encuestas de ENSANUD	artículos	16 mayo	los artículos con análisis se centran más en enfermedades sistémicas.
Características de la hipomineralización incisivo molar en población infantil: importancia de su diagnóstico y tratamiento	Asistente	Junio	Presentación realizada por la Dra Irigoyen
Transcripción de tabla	Transcripción	julio	Identificación de las publicaciones más importantes de acuerdo con el proyecto.
Reunión vía zoom	participante	Septiembre	Revisión de artículos que incluyan metaanálisis
Revisión de avance proyecto	20 artículos	Octubre	Revisión de artículos que incluyan estudios de corte transversal para la introducción del trabajo
Reunión para elaboración de resultados	Análisis estadístico descriptivo	Marzo	Composición de las tablas de salida para descripción del grupo de estudio
Revisión y corrección del proyecto	Análisis estadístico bivariado	Agosto	Construcción de tablas con variables

			dicotómicas y multicótomas
Encuestas a adultos mayores en centro recreativo	83 revisiones	Septiembre	Examen de la cavidad bucal

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante el periodo de servicio social, las actividades fueron llevada a cabo de manera remota debido a la contingencia ocasionada por el SARS-CoV-2. Con el objetivo de salvaguardar las medidas sanitarias correspondientes, dichas actividades se enfocaron en la investigación y recolección de datos a partir de diversas plataformas, tales como Pub Med y LILACS.

Una vez que la contingencia permitió retomar las medidas pertinentes, al concluir el servicio, se brindó apoyo en actividades de recolección de datos, lo que implicó la aplicación de encuestas y actividades de revisión clínica a personas de la tercera edad.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

La relevancia de la investigación radica en su contribución de recolección de información acerca de la calidad de vida de los adultos mayores con el propósito de mejorarla. Esto nos ha permitido evidenciar que este tipo de metodologías para la recopilación de datos pueden ser extrapolables a distintos grupos poblacionales. Esto ofrece la posibilidad de mejorar la atención destinada a generaciones futuras, promoviendo una mayor conciencia sobre la autopercepción de los pacientes.

Considero crucial la integración y enseñanza de herramientas como el GOHAI dentro del currículo académico de los alumnos en los Laboratorios de Diseño y Comprobación (LDC). Esta inclusión facilitara la aplicación práctica de dicha herramienta para evaluar, desde una perspectiva más humanizada a los pacientes que reciben atención en los LDC.

Al capacitar a los estudiantes en la utilización del GOHAI, se fomenta una atención integral más sensible hacia los pacientes. Esta herramienta, al permitir evaluar la salud bucal desde una perspectiva que abarca aspectos más allá de lo clínico, su implementación contribuiría a formar profesionales de la salud con una visión más compasiva y completa, centrada en el bienestar integral de los pacientes.