

130



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MOTIVACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN EL  
CONSULTORIO DENTAL

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A

LILIANA ESPINOSA MONROY

DIRECTOR C.D.M O VICTOR MANUEL DÍAZ MICHEL



México D F a 27 de abril de 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

**A DIOS** por permitir que mi vida siga sin ningún tipo de desventaja sobre los demás

**A MI MADRE** que siempre ha sido el ejemplo y el apoyo que me impulsa a seguir adelante, por todos los desvelos y malos ratos que hemos pasado juntas, pero a pesar de todo estás ahí conmigo

**A MIS HERMANOS** que siempre me han dado consejos, su apoyo y comprensión que me han sido de mucha ayuda para lograr lo que hasta hoy me llena de felicidad, espero que estén orgullosos de mí

**A MIS MAESTROS** que con paciencia y dedicación han dejado en mí sus conocimientos y que han tenido la capacidad de aceptar mis logros y fracasos

**AL DOCTOR VICTOR MANUEL DÍAZ MICHEL**, muy especialmente por haberme dirigido mi tesina y estar siempre dispuesto a atender y ha resolver mis dudas

Gracias a todos de verdad

# INDICE

## Introducción

### CAPITULO I

1 - Entorno Familiar. . . . .	15
1 1 - Par Padre – Hijo. . . . .	15
1 2 - Par Hijo –Madre. . . . .	16
1 3 -Par Hija –Madre . . . . .	16
1 4 -Par Hija – Padre . . . . .	16
1 5 -Vida en el Domicilio . . . . .	17
1 6 -Institucionalismo . . . . .	18

### CAPITULO II

2 - Entrevista e Historia Clínica . . . . .	20
2 1 - Entrevista . . . . .	20
2 2 - Entrevistador. . . . .	20
2 3 - El Paciente. . . . .	21
2 4 - Recomendaciones para el Manejo de los Factores . . . . .	21
2 5.- Índice de Kates para las AVD . . . . .	22

### **CAPITULO III**

3 - Formas de conducta más frecuentes del geriatra	26
3.1.- Comportamiento contradictorio	26
3.2 - <i>Labilidad emocional</i>	27
3.3 -Machaconería	27
3.4.- Chochez	27
3.5 - <i>Quejas continuas</i>	27
3.6 - Regresión de la libido	28
3.7.- Deseo de ser amado	28
3.8.- Tendencia a guardar cosas	28
3.9 - Agresividad	29
Adaptación a la vejez	29
3.10 - Los maduros	29
3.11.- Los blindados o rígidos	29
3.12.- Los caseros, pasivos y dependientes	30
Inadaptación a la vejez	30
3.13.- Los irritables	30

### **CAPITULO IV**

4 -Depresión en el paciente geriátrico	31
4.1 - Depresión	31
4.2 - Modelos teóricos	32
4.3 - Modelo analítico	32
4.4 - Modelo psiquiátrico	32
4.5.- Modelo cultural	33
4.6.- Modelo médico	33
4.7 - Diagnóstico	33
4.8 - Tratamiento	34

### **CAPITULO V**

5 - Demencia en el paciente geriátrico	36
5.1 - Demencia	36

5 2 - Demencia leve	36
5 3 - Demencia moderada	37
5 4 - Demencia grave	37
5 6 - Etiología de la demencia	37
5 7 - Demencia tratable, poco tratable o nada tratables	38
5 8 - Diagnóstico	38
5.9 - <i>Tratamiento</i>	39
<b>CAPITULO VI</b>	
6 - Delirio en el paciente geriátrico	41
6 1 - Delirio	41
6 2 - Intracraneales	42
6.3 - Elementos del delirio	42
6.4 - Organización del delirio	43
6.5 - Tratamiento	44
<b>CAPITULO VII</b>	
7 - Hipocondría en el paciente geriátrico	46
7 1 - Características del paciente hipocondriaco	47
7 2 - Tratamiento	48

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento psicológico de un individuo es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad

Para conocer bien la personalidad de un anciano es preciso valorar su afectividad, voluntad, deseos, inteligencia y motivaciones de su vida 6

Se dice que el envejecimiento se divide en tres etapas

- Presentil de 45-60 años

- Senil de 60-75 años

-Ancianidad de 75 en adelante

El tiempo de vida de la gente mayor, generalmente en situación social de jubilado o pensionista, que denominamos tercera edad, es cada vez más largo, con creciente esperanza de prolongar más la senectud. Es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano pueden cambiar desde que entra a la tercera edad hasta que alcanza la ancianidad, según su estado de salud y perfil psicológico.6

El proceso de desligamiento, en virtud del cual el anciano abandona actividades y rompe lazos sociales de convivencia, voluntariamente o forzado por los rechazos, que percibe. Para muchos la etapa del desligamiento es no sólo un mecanismo de defensa, sino tal vez la forma de buscar una situación más cómoda teniendo en cuenta los sentimientos de estima en sí mismo 6

Hay personas mayores a las que el hecho de envejecer les motiva a descubrir nuevos roles de vida, o les impulsa a buscar nuevos medios para conservar su nuevo rol y así no desligarse de la vida social que está acostumbrado a vivir.6

Pero este tipo de pacientes no necesitan en realidad de mucha motivación, pero los anteriores sí. 6

El espacio personal, o territorialidad que les es propia o considera suya influye en su bienestar y forma de manifestarse en los actos de la vida diaria. El anciano tanto en familia como en residencia u hospital plantea necesidades territoriales mínimas, donde desenvolverse como individuo con libertad o autonomía 6

Si la salud del anciano empeora, disminuye su territorialidad, refugiándose en un comportamiento nidícola, esto es, busca medios y situaciones que le hagan tener una sensación de vivir en bienestar que recuerda la situación intrauterina del hombre.6

Para el anciano sedentario, su butaca y su puesto habitual son algo más que muebles u objetos, constituyen en su intimidad pertenencias propias, algo muy suyo, de forma que cualquier intento de limitarles su uso lo considera como una agresión personal provocando una reacción desorbitada en muchas ocasiones 6

El problema de la motivación en el anciano se complica a causa de las exigencias sociales. El problema de fijar el punto de partida del gasto de energía es otro de los aspectos que complican la evaluación de la motivación.1

Los cambios de la motivación en la senectud parecen ser de carácter conservador, o sea que se evitan los riesgos se aminora cuanto constituya una exigencia para el intelecto o para el cuerpo y se preserva el tiempo y la energía emocional.1

Además, las personas de edad avanzada comienza su trabajo con prontitud, desarrolla sus tareas hasta terminarlas, distribuye metódicamente sus horas de labor y pone término a su trabajo a pesar de los errores.1



Estos factores se relacionan con la intensidad de la motivación en circunstancias particulares y, en parte, con la capacidad del individuo para organizar su energía y sus formas de actividad. Hay, además, otros factores individuales de las primeras experiencias de las personas de edad que complican la cabal evaluación de la motivación, como las tendencias obsesivo-compulsivas y la preocupación de comportarse como tontas en presencia de quienes los rodean 1

Para estar seguros de que la motivación que estamos empleando sea la correcta hay que saber con qué tipo de paciente estamos trabajando, a que situaciones nos enfrentamos y como las vamos a solventar

Tenemos a varios tipos de pacientes que estudiaremos en esta tesina, al paciente depresivo, al demente, al delirante, al ansioso y al hipocondríaco

Pero para saber esto es necesario hacer una entrevista con el paciente y en caso de imposibilidad del anciano, tal como deficiencia del oído u otra causa de que no pueda pasar solo a la consulta o que no pueda moverse pediremos ayuda al acompañante que por lo regular siempre es un familiar que lo cuida o es su hijo y en ocasiones esta persona o pariente no está enterada de la situación que vive el paciente 3

# CAPITULO I

## ENTORNO FAMILIAR

El entorno familiar del que el individuo había conseguido más o menos liberarse, construyendo su autonomía, se aproxima de nuevo ineludiblemente.

En una consulta odontológica, es un lugar de evaluación al que al interesado y a su familia raramente se dirigen de entrada sin haber franqueado previamente varias etapas.

*El conjunto dinámico evoluciona según el deseo del interesado aliado al del dispositivo de mantenimiento. Cuando el interesado no llega solo la evaluación de su demanda consigue ser restituida en la constelación en que éste evoluciona.*

### EL PAR PADRE – HIJO

La práctica nos enseña que el hijo que se presenta ante el médico es casi siempre el mismo, incluso en familias numerosas. Es él generalmente el conductor esencial de la relación ya que el anciano cónyuge cuando aún vive está a menudo incapacitado y no puede aportar más que una ayuda limitada.<sup>4</sup>

Cuando el hijo puede hacer de su padre enfermo, cuando el padre puede aceptar convertirse en el protegido de su hijo, se asiste a momentos de gran calor humano.

## **EL PAR HIJO – MADRE**

Es más frecuente. Siempre conlleva el tipo de vínculos privilegiados en que la madre valora los éxitos del hijo y el hijo realiza un viejo sueño casi siempre inconsciente de tener al fin a su madre para el solo.

## **EL PAR HIJA – MADRE**

Predomina ampliamente. Ya se trate de una hija soltera, nunca separada de su madre, de una hija divorciada, que vuelve tras un tiempo de ausencia, o de una hija casada cargada de hijos.

Hay muchos sobreentendidos en su discurso, tanto acuerdos como desacuerdos, tantas cosas conocidas por ellas. Entonces hay que limitar sus ambiciones, actuar con suavidad, contentarse con lo que se ofrece, saber que no se tendrá más que un papel auxiliar.

## **EL PAR HIJA – PADRE**

No se encuentra tan a menudo en la clínica. Es verdad que la hija abnegada casi siempre soltera, en su solicitud por su padre enfermo hace pensar que su función de enfermera satisface un antiguo sueño no siempre muy consciente: El de maternizar a un ser querido, ofreciéndole las muestras de ternura de una mujer que le demuestra cariño.

El concepto de parentalización intenta subrayar el valor organizador de la filiación afectiva frente a la simple filiación genética, conocida bajo el nombre de parentela.

La vida del anciano se caracteriza por una sucesión de crisis separadas, estas crisis por lo regular están provocadas generalmente por un conflicto abierto o por un accidente somático. El conflicto abierto condiciona decisiones vitales. Una madre que sufre demencia por ejemplo se cuestiona si puede seguir viviendo con sus familiares cuando olvida cerrar el gas, olvida las llaves etc. Un hijo puede declararse desbordado y solicitar ayuda hospitalaria para deshacerse de una carga.

El accidente somático siempre temido y esperado, es generalmente menos difícil de regular médicamente que psicológicamente. Cada hijo hace un balance de sus medios y expresar las soluciones ante un tercero resulta mucho más fácil que hacerlo entre ellos.

El envejecimiento y la pérdida de las funciones sociales del trabajo acarrearán un conjunto de repercusiones sobre la vida del anciano agrandando dos tendencias:

1 -El anciano quiere vivir, si es posible hasta su muerte, en su domicilio

2 -Algunos prefieren un alojamiento más confortable y adaptable como el internamiento.

Pero diferentes obstáculos vienen a contrariar esto:

- 1 La soledad y el aislamiento
2. La enfermedad aguda y grave
- 3 Las incapacidades crónicas e importantes
- 4

## **VIDA EN EL DOMICILIO**

El mantenimiento de los ancianos en su domicilio es una realidad, depende particularmente del lugar de vida, urbano o rural pero a pesar de las condiciones de su propiedad, ellos se encuentran muy apegados a esta

El apego del anciano a su vivienda no implica necesariamente que esta sea la mejor adaptada para poder envejecer en ella con todas las comodidades que va precisando, pero en el lugar donde se vive provoca un apego afectivo que crece con los años y las costumbres de la vida cotidiana. Ciertamente, estos ancianos han vivido a menudo en estas condiciones precarias a lo largo de toda su vida, pero la aparición de una enfermedad va a descompensar drásticamente una situación apenas tolerable en una falta de comodidades y de seguridad.<sup>4</sup>

El 60 % de los ancianos de más de 65 años no viven solos en su domicilio, en su mayoría conviven con una persona de su misma edad pero también, con una persona de otra generación, como un hijo o un nieto y el otro 40% de los ancianos viven solos en su domicilio pero esto predomina más en mujeres que hombres.<sup>4</sup>

El alojamiento familiar es el tradicional en casa de un miembro de la familia. En estos casos se recuerdan en nuestra época una familia patriarcal, no hay que ignorar las dificultades que pueden aparecer cuando el anciano se deteriora progresivamente esta por un lado el afecto de incapacidades físicas y, por otro lado experimenta dificultades psicológicas para convivir con la familia, cuya afectividad y carácter se transforma.<sup>4</sup>

## **INSTITUCIONALIZACIÓN**

La decisión de marchar a una residencia está considerada siempre como muy grave, como un signo de rechazo, de soledad, que puede significar para el anciano un signo de renuncia.<sup>4</sup>

El miedo que todos tenemos a la vejez, sobre todo a la disminución de nuestras capacidades, hace que rechacemos espontáneamente a la institución donde el anciano va a terminar su vida.<sup>4</sup>

La institución es sin duda imperfecta, pero tiene su utilidad y de nada sirve dejar de aceptarlo. 4

Es a menudo con ocasión de una descompensación aguda que pone en evidencia las incapacidades, los trastornos de conducta, el aislamiento , cuando se decide una hospitalización a la salida de la cual se plantea el problema del imposible retorno al domicilio tomando en cuenta

- La situación social y familiar
- La existencia de trastornos psíquicos y/o deterioro intelectual
- El lugar de orientación y de espera hacia una estructura definitiva adaptada al estado de la persona 4

## CAPITULO II

### ENTREVISTA E HISTORIA CLÍNICA

La entrevista y la historia clínica constituye como primera etapa la valoración de la salud y podemos encontrar el perfil psicológico del paciente

Con la entrevista se establecen las bases de una relación terapéutica entre el odontólogo y el paciente estando el bienestar de este en una mira común es esencial establecer esta relación con el anciano si se pretende recoger datos útiles y significativos <sup>3</sup>

Finalmente, el hecho de contar su propia historia puede tener un efecto terapéutico en el repaso de su vida. En el caso de que el paciente presente algún trastorno psicológico podemos pedir ayuda al familiar que lo acompañe.<sup>3</sup>

#### ENTREVISTADOR

La habilidad del entrevistador para sacar informaciones pertinentes del paciente depende de la actitud y del conocimiento que se tenga acerca del envejecimiento.<sup>3</sup>

Lo que determina el comportamiento es la actitud, así como el sentimiento, valor o creencia que uno tenga acerca de algo. Si el odontólogo *tiene una actitud que identifica a las personas mayores como menos sanas, y alertas y más dependientes*, la forma de estructurar la entrevista lo reflejará, si cree por ejemplo que la persona mayor es dependiente no le

preguntará acerca de las capacidades o actividades que pueda realizar por sí solo. El resultado será una valoración funcional inexacta y, por tanto, poco se podrá hacer para favorecer la independencia del paciente en el aspecto de poder manifestar abiertamente sus actividades 3

La falta de conocimiento y los mitos acerca del envejecimiento pueden condicionar algunas preguntas. Por ejemplo, la creencia de que la persona mayor no tiene relaciones sexuales y se crea un miedo de creer ofender con alguna pregunta de este tipo al anciano 3

Con frecuencia las personas mayores tienen historias largas y complejas dado que han vivido mucho tiempo más. Una entrevista orientada hacia objetivos precisos puede ayudar al anciano a compartir informaciones oportunas, aunque puede que el anciano se enfoque a ese tema 3

## **EL PACIENTE**

La capacidad del paciente para participar de forma significativa en una entrevista esta influida por varios factores tales como los déficit sensoriales o de percepción, la ansiedad, el dolor, varios problemas de salud 3

## **RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LOS FACTORES**

En el déficit visual la recomendación es que el entrevistador debe colocarse de tal forma que el paciente lo vea, se procura tener una luz difusa y brillante pero que no deslumbre recomendar al paciente que siempre lleve sus lentes puestos en caso de que los tenga y no cubrirnos la boca.3

En el déficit auditivo hablar claramente, despacio y sin cubrirse la boca en caso de que el paciente no comprenda la pregunta repetirle, hablarle al oído sano.3



En la ansiedad debemos darle tiempo para contestar las preguntas, debemos establecer una relación de confianza, hacer preguntas abiertas para demostrar interés por el paciente y en la frecuencia posible llame al paciente por su nombre.<sup>3</sup>

En el caso del dolor tener paciencia estableciendo un ritmo lento para la entrevista, que el paciente adopte una posición confortable para evitar dolores, averiguar el grado de dolor y si es necesario entrevistar en otro momento.<sup>3</sup>

En los problemas de salud debemos estar atentos a lo que el paciente ya nos haya referido de su estado anímico así como de su estado emocional debemos dar apoyo y comprensión acerca de los problemas creados por las múltiples enfermedades y comprobar y validar las informaciones con antiguos registros, y familiares.<sup>3</sup>

Si tratamos de seguir las recomendaciones anteriores podemos tener sin problema el éxito de nuestra entrevista y así poder dar una mejor calidad de servicio.<sup>3</sup>

## **INDICE DE KATZ PARA LAS AVD**

Se refiere al índice de la independencia en las actividades diarias y se basa en el examen de la dependencia o independencia funcional de los ancianos para bañarse, vestirse, ir a algún servicio, desplazarse alimentarse, así como estar continente o no.<sup>3</sup>

A continuación se describen condiciones específicas de dependencia e independencia funcional.

- Es independiente en cuanto a alimentación, continencia desplazamientos, ir al servicio médico vestirse y bañarse

- Independiente en todas las funciones excepto en bañarse; vestirse, ir al servicio y otra más.
- Independiente en todas las funciones excepto en una
- Independiente en todas las funciones excepto en bañarse y otra más
- Independiente en todas las funciones excepto en bañarse, vestirse y  
Independiente en todas las funciones excepto en bañarse, vestirse ,ir al servicio, desplazarse y otra más
- Dependiente en las seis funciones

## **ASEO**

Independiente: necesita ayuda sólo para lavar una parte (la espalda o la extremidad enferma, por ejemplo) o se baña completamente solo

Dependiente necesita ayuda para lavar más de una parte del cuerpo, precisa asistencia para entrar o salir del baño o no se baña por sí solo.<sup>3</sup>

## **VESTIRSE**

Independiente: saca la ropa del guardarropa o de los cajones, se pone las prendas, el sujetador, maneja sin problemas los cierres de cremallera; aquí no se incluye el hecho de atar los zapatos

Dependiente no se viste solo o se queda vestido a la mitad.<sup>3</sup>

## **IR AL SERVICIO**

Independiente. Llega hasta el servicio, se sienta y se levanta de la taza arregla su ropa, limpia la zona perianal puede manejar solo la bacinilla utilizada únicamente por la noche.

Dependiente. utiliza la bacinilla o la silla higiénica con orinal incorporado, o precisa ayuda para sentarse y levantarse del retrete 3

## **TRASLADARSE**

Independiente: se mete y sale de la cama por su cuenta y se sienta y levanta por su cuenta de una silla

Dependiente. necesita ayuda para meterse o salir de la cama y de la silla incapaz de realizar uno o más desplazamientos 3

## **CONTINENCIA**

Independiente. micción y defecación perfectamente controladas por sí solo

Dependiente. Incontinencia de orina o heces parcial o total, controlado parcial o totalmente por edemas, sondas o utilización frecuente de un orinal o bacinilla.3

## CAPITULO III

### FORMAS DE CONDUCTA MÁS FRECUENTES DEL GERIÁTRA

Las posibilidades de adaptarse a la situación y puesto que la sociedad y la familia le ofrecen están determinadas en el anciano por su pasado y sus capacidades de comunicación y respuesta.<sup>6</sup>

Al igual que los jóvenes se reúnen en grupos para convivir el tiempo libre o de ocio, los ancianos lo hacen también en razón de tener intereses comunes y una subcultura compartida.<sup>6</sup>

Como en cualquier otra edad, en la senectud, el hombre se ve sometido a conflictos o situaciones que le provocan crisis personales ante las cuales sufre inicialmente sensación de perplejidad o choque a la que debe seguir reacción y búsqueda de una salida o forma de adaptación para seguir viviendo. Hay diferentes formas de reaccionar las más frecuentes son

#### COMPORTAMIENTO CONTRADICTORIO

Temen a la soledad, pero no aceptan las proposiciones que se les hacen para evitarla. Desean estar solos para no tener que sufrir nuevos abandonos o rechazos en el futuro.<sup>6</sup>

## **LABILIDAD EMOCIONAL**

Las manifestaciones emocionales saltan por el menor motivo; fácilmente se entristecen llorar o exhiben una incontinencia emocional inadecuada 6

## **MACHACONERÍA**

Repetiendo cosas coherentes, pero por su constancia y contundencia inducen un comportamiento agresivo en su interlocutor 6

## **CHOCHEZ**

Es la repetición constante de cosas desprovistas de sentido, inoportunas o irrelevantes, que suelen dirigir a interlocutores imaginarios o desconectados de sus intereses y situación 6

## **QUEJAS CONTÍNUAS**

Estas son en torno a su salud o pérdida de autonomía y complaciéndose a contar con detalle sus males, creando una irritación a quienes lo escuchan.

Puede haber una demanda de interés o afecto, pero ese comportamiento suele testimoniar más bien una disfunción de su capacidad de amar y de

sociabilidad, concentrando sólo su interés sobre su estado físico, constituyendo esa conducta una forma de replegarse sobre sí mismo.6

## **REGRESIÓN DE LA LÍBIDO**

Es la manifestación de una clara disminución del amor hacia los demás, un interés decreciente hacia las comidas, menospreciando su calidad y presentación y un deseo creciente de estar sentado o en cama, con aumento evidente de la pereza.6

## **DESEO DE SER AMADO**

Se hacen celosos en un sentido amplio, de forma que provocan conflictos con quienes viven con ellos y llegando incluso a los chantajes afectivos, siendo este comportamiento también una forma de conducta regresiva.6

## **TENDENCIA A GUARDAR COSAS**

Se refiere a un conservadurismo desmesurado, almacenando alimentos, objetos, periódicos e inverosímiles recuerdos que llenan su armario, mesa y todo espacio que pertenezca a él. Sabido es cómo los viejos se suelen rodear de sus reliquias, tratando de reemplazar por objetos las imágenes de la vida interna. Dichos objetos les resultan indispensables y no aceptan ningún cambio en su casa.6

## **AGRESIVIDAD**

En muchos ancianos es una forma de buscar la adaptación que puede serles rentable si su mensaje es escuchado y comprendido, pero puede serles perjudicial si esa agresividad se considera como patológica. 6

## **ADAPTACIÓN A LA VEJEZ**

Entre los adaptados se encuentran

## **LOS MADUROS**

Bien adaptados a las relaciones con los demás e integrados en el medio en que viven. Suelen controlar sus impulsos, son activos y habitualmente están satisfechos de la vida y de sí mismos. 6

## **BLINDADOS O RÍGIDOS**

Como mecanismo de defensa para acentuar su miedo a los fracasos y a la dependencia. Son más dados a los deberes u obligaciones que a los placeres. No gustan de las discusiones de naturaleza personal, ni que se metan en sus cosas. 6

## **CASEROS, PASIVOS Y DEPENDIENTES**

Están contentos con estar jubilados y no tener responsabilidades. Son poco activos socialmente, pueden ser indulgentes. adaptándose bien a la vejez, porque al estar en ella les pueden comprender mejor sus deseos de inactividad 6

## **INADAPTACIÓN A LA VEJEZ**

Entre estos se encuentran

### **IRRITABLES**

Habituales cascarrabias, gruñones y frustrados o agudos y amargos. Suelen reprochar a los demás sus fracasos siendo generalmente desconfiados. Suelen tener poca estima de sí mismos, estando generalmente arrepentidos de su pasado 6

Podemos decir que los criterios para una adecuada adaptación en los ancianos son los siguientes:

- a) Congruencia entre el estado mental interior y las circunstancias externas,
- b) Solución de continuidad entre el modo de adaptación pasado y presente,
- c) Aceptación de la vejez y la muerte;
- d) Cierta grado de euforia producida por la seguridad y alivio de las responsabilidades, y
- e) Seguridad y buena situación económica



## CAPITULO IV

### DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

#### DEPRESIÓN

Síndrome psiquiátrico que consiste en un estado de ánimo negativo, trastornos psicomotores, insomnio, pérdida de peso, a veces junto con sensación de culpa.

La depresión es la patología mas frecuente en el anciano, presentada de forma indirecta o encubierta bajo quejas múltiples de tipo somático

Bajo quejas múltiples de tipo somático 6

Su frecuencia es en personas mayores de 60 años existiendo así un alto índice de suicidios.<sup>2</sup>

En ocasiones las características clínicas de la depresión no son muy diferentes a las de las otras edades

- Apatía, rechazo, perdida de interés.
- Angustia o agitación
- Culpa o pobreza.
- Trastornos del sueño.
- Perdida de apetito, deshidratación, estreñimiento.
- Tristeza, temor, desesperación <sup>2</sup>

## MODELOS TEÓRICOS

La realidad en, en efecto, no se somete de buen grado a un orden dictado por el pensamiento, si no, que por el contrario, es indócil, polimorfa y cambiante a lo largo del envejecimiento.s

El anciano es frágil, causas mínimas desestabilizan su equilibrio parcial s

## MODELO ANALÍTICO

Sitúa la depresión en el origen de la diferencia que se establece entre el nivel de resultados del sujeto y sus exigencias de su ideal del yo

Al envejecer, el anciano tiene dificultades crecientes para satisfacer su ideal del yo

La depresión se expresa por el descenso de autoestima, un sentimiento doloroso de inferioridad asociado al de culpabilidad. Mal contenida, la agresividad se despierta y puede comportar un gesto suicida eficaz

## MODELO PSIQUIÁTRICO

Centra su atención en las variaciones de la conciencia alterada por un trastorno afectivo. La temática depresiva se entiende desde un principio como una tristeza de vivir, que se expresa a través de una temática, un entecimiento, un malestar, un retiro involuntario de la vida social y personal, una experiencia negativa s

## **MODELO CULTURAL**

Enumera naturalmente los puntos de ruptura en la red relacional, ya se trate del final de la actividad profesional, del corte de los vínculos sociales, de la reducción de capacidades de adaptación o de la inadaptación al cambio.<sup>3</sup>

## **MODELO MÉDICO**

Los geriatras subrayan especialmente las dificultades para vivir con un cuerpo que envejece: reducción progresiva de la autonomía, de la sensorialidad y de los instrumentos corporales que son fuente de satisfacción para uno mismo y la vida de relación.<sup>5</sup>

## **DIAGNÓSTICO**

Esta basado fundamentalmente en la historia clínica registrando antecedentes familiares de tipo depresivo así como en la valoración de los factores desencadenantes del cuadro actual, sobre todo la pérdida de familiares.<sup>6</sup>

Es importante detectar el riesgo de suicidio, que en estas edades presenta el mayor porcentaje de intentos consumados que en edades más jóvenes.<sup>6</sup>

Son factores de riesgo la soledad y aislamiento, la pérdida reciente de un ser querido y los antecedentes depresivos de suicidio que nunca hay que minimizar e

## TRATAMIENTO

El apoyo incluye consejo y alivio de la soledad así como terapias individuales y grupales y actividades socioterapéuticas.

Los aspectos más importantes que hay que considerar en el uso de antidepresivos en el anciano son los siguientes:

- 1 La dosificación, que deberá iniciarse con un tercio de la dosis utilizada en el adulto, para ir ascendiendo lenta y progresivamente
- 2 Las interacciones medicamentosas, ya sean por potenciación de efectos sedantes o interferencia en el proceso de absorción, que pueden causar graves trastornos.
- 3 Efectos secundarios, que pueden aparecer en dosis terapéuticas. En este caso es conveniente retirar el fármaco progresivamente, a razón de un 20% diario de la dosis total.e

En este tipo de pacientes cualquier tratamiento odontológico que propongamos antes de haber encontrado depresión en él puede resultar un fracaso rotundo.

Es por eso que debemos aplicar métodos motivacionales para que el paciente pueda adaptarse y aceptar el tratamiento que le propongamos

El papel que juega la familia en este tipo de psicopatología es muy importante ya que es esta la que se encuentra en la mayor parte del tiempo con el paciente

## CAPITULO V

### DEMENCIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

#### DEMENCIA.

La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual con afectación de al menos tres de las siguientes áreas de la actividad mental: lenguaje, memoria, habilidades para medir donde se encuentran las cosas, trastornos emocionales o de personalidad y trastornos cognitivos (abstracción, cálculo, juicio, etc.).<sup>6</sup>

Suele comenzar de forma insidiosa, con una evolución lentamente progresiva, aunque esta puede verse agravada por episodios confucionales intercurrentes. Habitualmente se habla de demencia leve, moderada o grave.

#### DEMENCIA LEVE

El síntoma inicial es el trastorno de la memoria reciente de forma episódica, acompañada de fallos en orientación espacial y en memoria topográfica, sufriendo en ocasiones despistes.<sup>6</sup>

## **DEMENCIA MODERADA**

En esta fase, la amnesia es global, con desorientación, de tiempo y espacio, habitual, acompañada de grandes defectos agnósticos (doctrina que declara inaccesible al entendimiento humano, toda noción de lo absoluto) <sup>8</sup> y apráxicos (incapacidad de ejecutar movimientos con un fin definido en ausencia de parálisis u otro deterioro motor; en especial para hacer uso apropiado de un objeto) <sup>8</sup>, y de lenguaje, con afectación de la lectura, escritura y cálculo. <sup>6</sup>

## **DEMENCIA GRAVE**

En este periodo resulta difícil comunicarse con el paciente, presentando este un periodo intelectual amplio y global

Son frecuentes en este periodo las dobles incontinencias, así como los trastornos en la alimentación, con crisis de bulimia o anorexia y en ocasiones disfagia. La marcha y el equilibrio pueden estar afectados, reduciendo al paciente a la invalidez y a la vida vegetativa en estos últimos periodos. <sup>6</sup>

## **ETIOLOGÍA DE LAS DEMENCIAS.**

Las demencias tratables reversibles se deben a.

- Hipoglucemia
- Enfermedades tiroideas

- Hipocalcemia o hipercalcemia
- Déficit de vitamina B12
- Meningitis crónica
- Neurosifilis
- Encefalitis

## **DEMENCIAS TRATABLES, POCO O NADA TRATABLES**

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Postraumática
- Demencias no tratables, irreversibles
- Alzheimer
- Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Osteoporosis

## **DIAGNÓSTICO.**

Se basa en la historia clínica, así como en la exploración en las funciones mentales.

El diagnóstica de demencia no puede realizarse cuando existe una alteración del nivel de conciencia, característico del delirio, aunque este



pueda presentarse de forma sobreañadida en el curso de una evolución demencial.s

El diagnóstico para diferenciar la demencia tiene varios aspectos que debemos tomar en cuenta

1 La necesidad de asegurarse que un comportamiento extravagante no se debe únicamente a excentricidad. El descuido personal en particular, no siempre se debe a un deterioro intelectual.s

2 En ocasiones el paciente presenta antecedentes de falla de la memoria. Esto puede ser por depresión.s

3. Deberá hacerse una prueba de valoración mental, no necesariamente tan pronto como ingrese el paciente. Se tendrá cuidado al interpretar los resultados, en especial con pacientes sordos, deprimidos o bajo efectos de fármacos s

4 Cuando no existen signos físicos ni cefalea se sugiere la topografía axial de cráneo en los siguientes casos.

a ) Pacientes menores de 65 a 70 años de edad

b ) Enfermos al final de la séptima década o principios de la octava, en quienes la demencia es de reciente inicio o rápidamente progresiva

## TRATAMIENTO

El tratamiento es el siguiente.

1. Tranquilizar al paciente

2. Proporcionarle una amplia explicación de lo que acontece, evitando discusiones

3 Cuidar el balance hidroeléctrico

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

4. Cuidar la nutrición

5 Y la medicación correspondiente de un médico especializado

Se deberá apoyar a las personas que atienden al paciente por ser fuentes importantes de auxilio en el servicio domiciliario, y es necesario controlar los síntomas de estreñimiento, insomnio, alucinaciones, agitación e inquietud.

A veces se requiere dar algún consejo acerca de atención institucional temporal o permanente 5

En base a lo anterior podemos concluir que los pacientes con este tipo de Psicopatología deben estar controlados por un medico apto, ya que en el consultorio dental sería muy difícil entablar una relación medico –paciente

Este tipo de pacientes pueden ser atendidos estando frente a una urgencia siempre en presencia de la persona encargada del cuidado de éste pues ella mejor que nadie sabe la manera en que se puede comportar el paciente y puede ayudarnos en caso de que el paciente no permita que nosotros trabajemos con el.

Siempre trataremos de que el paciente sienta que estamos en la mejor disposición de ayudarlo y explicarle las cosas las veces que sean necesarias siempre en presencia de la persona que se encarga de su cuidado ya que es como un testigo de lo que le decimos al paciente y nos ayudará a recordarle el tratamiento y los avances que les hemos hecho

## CAPITULO VI

### DELIRIO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

#### DELIRIO

Es un cuadro clínico de etiología generalmente orgánica, en el que se encuentran alterados el nivel y contenido de la conciencia, con dificultad para mantener la atención, y que se asocia habitualmente a trastornos perceptivos, de orientación, de lenguaje, del ciclo sueño vigilia.<sup>6</sup>

El inicio suele ser brusco y su evolución fluctuante remitiendo habitualmente en un periodo de tiempo no superior a los tres meses.<sup>5</sup>

Las enfermedades orgánicas provocan, en ocasiones confusión aguda a cualquier edad, pero en particular en ancianos.<sup>5</sup>

Las características clínicas son las siguientes

- 1 Inicio típicamente abrupto.
- 2 Marcada variabilidad. intervalos de lucidez.
- 3 Deterioro de la memoria reciente.
- 4 Desorientación en lugar y tiempo
- 5 Alucinaciones.
- 6 Miedo, aturdimiento e inquietud.<sup>5</sup>

Deberán considerarse las siguientes causas:

## **INTRACRANEALES**

- Infarto silencioso, con frecuencia frontal
- Infección
- Lesión
- Yatrogenia por fármacos

## **EXTRACRANEALES**

- Infección pulmonar y urinaria
- Metabolismo, hipoglucemia, hipotermia
- Anoxia, insuficiencia cardíaca o respiratoria
- Intoxicación por alcohol o fármacos y tabaco
- Deficiencias nutricionales.

## **ELEMENTOS DEL DELIRIO**

Es frecuente que la persona oiga ruidos extraños, inquietantes y agresivos, o voces malintencionadas, en algunos casos se trata de obscenidades, comentarios o ecos de su propio pensamiento.

Las alucinaciones visuales son poco elaboradas, proyecciones de sombras o siluetas, luces o señales 4

Los olores son a menudo penosos, nauseabundos, indicando gases tóxicos que le enferman, estos se confirman por impresiones gustativas desagradables que indican los alimentos nefastos y provocan un rechazo de la alimentación y, a veces, incluso disfagia y vómitos, así como impresiones táctiles, descargas eléctricas, hormigueos, canchales sexuales.4

## **ORGANIZACIÓN DEL DELIRIO**

Puede hacerse alrededor de:

## **PERSECUCIÓN**

Se explica por las persecuciones que sufre el anciano por parte de los familiares, los vecinos o las autoridades 4

## **CELOS**

Se producen en parejas de ancianos y, por supuesto, sin tener en cuenta la realidad, la verosimilitud y en particular la edad de los protagonistas.4

## HIPOCONDRIA

Se encuentran mezcladas las sensaciones de modificaciones corporales y de enfermedades, que exigen cuidados y exámenes complementarios 4

## TRATAMIENTO

Es el tratamiento etiológico del cuadro clínico. se deberán retirar los fármacos causantes del cuadro, en algunas ocasiones la sedación se emplea si la agitación psicomotriz lo exige 6

En cuanto a medidas higiénicas es conveniente mantener al paciente aislado, limitando en la medida de lo posible los estímulos sensoriales procurando que la gente que se encarga de su cuidado siempre sea la misma, evitando las visitas y en ocasiones la sujeción mecánica es necesaria cuando fracasan otras medidas. para evitar caídas y autolesiones del paciente 6

Por lo regular este tipo de pacientes se encuentran bajo cuidado especializado tal como es el internamiento o bajo cuidados especiales médicos y no familiares, por lo que pudimos entender de lo anterior este tipo de paciente sufren un trastorno mental en el cual un tratamiento con nosotros sería prácticamente nulo, estas personas en la mayoría de las veces se encuentra sedada y con deficiencias de memoria eso conlleva a que el paciente no pueda dar datos importantes sobre su padecimiento y el diagnóstico que demos no sea precisamente el adecuado.

Pero cuando la enfermedad no esta tan avanzada podemos darle un servicio odontológico al anciano siempre en presencia de la persona que se

## CAPITULO VII

### HIPOCONDRIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Es un tipo de delirio que se caracteriza por la constante preocupación del estado de salud de sí mismo. Puede constituir una forma de ser una personalidad neurótica de toda la vida pero también puede ir formándose a lo largo del envejecimiento, llegando a ser la característica de bastantes personas de edad avanzada. Así pues ser hipocondríaco puede considerarse como una forma de personalidad que se acentúa con los años, motivada por mecanismos defensivos del individuo ante el cambio en su entorno <sup>4</sup>

El hipocondríaco es un constante observador exagerado de toda sensación que procede en su cuerpo, lo que le angustia y nos cuenta una y otra vez <sup>4</sup>

El peligro para este tipo de pacientes es que lleguen a tener una enfermedad física importante y no sean creídas sus quejas <sup>4</sup>

Una de las preocupaciones más frecuentes de los hipocondríacos ancianos es su régimen intestinal, principalmente por estreñimiento y llegan a suponer que lo que precede a esto es una intervención quirúrgica o la muerte <sup>6</sup>

Exageran sus síntomas para manipular a sus cuidadores, amigos o familiares y obtener que estos les dediquen con exclusividad su atención, sus afectos y todo su tiempo. Nunca se sienten satisfechos ante los informes que dicen que no tienen un motivo físico para sus quejas y se creen engañados o abandonados.<sup>6</sup>

La psicoterapia y el apoyo familiar correcto pueden ayudar a sobrellevar el caso, que nunca se resuelve favorablemente de un modo satisfactorio para el enfermo 6

## CARACTERISTICAS DEL PACIENTE HIPOCONDRIACO

- 1 El paciente parece alelado, ausente
- 2 Reacciona con dificultad a nuestros ruegos
- 3 Su voz es difícil de entender
- 4 Sus gestos son torpes, lentos, sin parálisis evidente, por momentos pueden volverse bruscos y amenazantes
- 5 La intensidad del trastorno puede ser mas o menos importante, y no hay que sorprenderse de oír testimonios divergentes por parte de quienes lo rodean
- 6 Es posible observar una melancolía crónica
- 7 Sus temas de conversación son siempre la mortalidad
- 8 Su conducta patológica reporta mareos espectaculares con caída, que compromete su integridad física
- 9 Un déficit motor con cojera, que comporta inmovilización en cama y exige cuidados permanentes
- 10 Los dolores son incesantes, limitan toda actividad, provocan insomnio, y manifiestan un estado depresivo permanente
- 11 Es posible pero infrecuente ver desarrollarse una sintomatología como la zoopatía (sensación de presencia de animales en el cuerpo, mas bien pequeños insectos, gusanos o serpientes).



## TRATAMIENTO

Después de haberle practicado una serie de exámenes de laboratorio y convencernos de que el paciente no presenta ninguna enfermedad que se asocie con lo que él ha referido de sintomatología, hay que proceder con cautela al platicar con él y explicarle a los familiares o persona que se encarga de su cuidado que lo que él demanda no es más que afecto y atención más, marcada de parte de ellos 6

Cuando este tipo de pacientes nos llega al consultorio dental y observamos que todo tratamiento que se le ha hecho para el es fallido y que encuentra en él la causa de su padecimiento hay que tratar de explicarle de la mejor manera que los tratamientos están bien hechos y con medios de diagnóstico tal como las radiografías mostrarle que todo está bien

Cuando se está elaborando la historia clínica debemos tratar que sus respuestas sean breves y no darle tanta oportunidad de que la entrevista se convierta en un medio para que él se desahogue de todas sus enfermedades, pero sin caer en que él sienta que no nos interesa su salud pues depende de la confianza que nos tenga para que el tratamiento sea satisfactorio para ambos.

Todo tratamiento que le realicemos a nuestro paciente hipocondríaco debe estar firmado por el paciente de conformidad, para evitar que presente quejas o rechace un tratamiento por más sencillo que este sea.

## CONCLUSIÓN.-

Las psicopatologías antes mencionadas nos hacen hacer una reflexión sobre lo que es la vejez y sus complicaciones patológicas y que un anciano es una caja de sorpresas, nunca sabemos con qué tipo de personas estamos trabajando realmente

Para nosotros como cirujanos dentistas el conocer de psicología es muy importante pues depende de esto que sepamos tratar a un paciente sea geriatra o no lo sea y de nuestros logros o fracasos al atender a nuestros pacientes.

Para poder motivar a un paciente geriatra debemos tomar en cuenta sus carencias económicas, sociales, culturales y mentales, pues aunque nosotros le pidamos que tenga más higiene tal vez su carencia económica le impida bañarse porque en donde vive no hay agua o tal vez ni siquiera sabe lo que es higiene o aunque tenga todos los medios su incapacidad psicológica le impide tener higiene

En otras ocasiones cuando tratamos de motivar a nuestro paciente y necesitamos de la ayuda de los familiares, cuando para estos su familiar anciano es muy importante la motivación que nosotros empleemos dará sus frutos satisfactoriamente, pero cuando al contrario para los familiares representa una carga de la cual les urge deshacerse cualquier cosa que le digamos al paciente para levantar su autoestima será borrada por los familiares pues de la mano de la motivación en el consultorio va el amor y la paciencia de los familiares

En cada capítulo se habla del trato que le debemos dar a nuestro paciente, estas son técnicas de motivación sencillas pero eficientes, que se llevan a cabo en el consultorio dental, no requieren de métodos especiales

tal como lo haría un psicólogo, solo requerimos de paciencia y de voluntad para tratar con los diferentes tipos de pacientes geriatras que pueden llegar a nuestro consultorio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tratamiento Odontológico del Paciente Geriátrico

J F BATES

Editorial El Manual Moderno

1986

2 Geriatria

Nicholas Coni

Editorial Manual Moderno

1990

3 Valoración Geriátrica.

Annette Giester Lueckenotte

Editorial Interamericana Mac Graw Hill

1992

4 Manual Psicopatología del Anciano.

Gilbert Ferrey

Editorial Masson S A

1994

5 Psicología y Psicopatología del Envejecimiento.

Harol Geist.

Editorial Paidós Buenos Aires.

1994

6. Manual de Geriatría

Alberto Salgado

Editorial Salvat

1994

7 Diccionario Ilustrado de Odontología

Stanley Jablonski

Editorial Panamericana

1992

8 Ayuso Gutierrez, J.I later life depression. clinical and therapeutic aspects  
en Davis J.M y J.W. Maas. Eds The affective disorders, Washinton D C  
American Psychitric.

1983

9 Acta Psiquiátrica – Psicológica, America Latina 1994

J Richard, A Mufano