

273



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN LA TERCERA EDAD (CLINICA VENUSTIANO CARRANZA).

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

LUZ MARÍA JUÁREZ HERNÁNDEZ  
JUAN CARLOS FUENTES RANGEL

*Natalia Meza Celis*

Directora: Lic. Natalia M. Meza Celis  
Asesores: CD. Nancy Jacques Medina  
CDMO. Víctor Moreno Maldonado



29/9/16

México, D. F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 la Universidad Nacional Autónoma de México;

Por abrirnos sus brazos y acogernos en su regazo como si fuéramos sus hijos por toda la enseñanza que nos ha dado, por permitirnos titularnos, gracias.

A la Lic. Natalia Meza Celis por el gran esfuerzo que se hizo en la realización de este trabajo, por esa grandeza de alma, por su fortaleza y por ser un gran ser humano, muchas gracias.

Dra. Nancy Jacques Medina por apoyarnos y animarnos siempre, por la gran mujer que es, ya que se portó de lo más lindo con nosotros y siempre creyó que podíamos sacar adelante nuestro trabajo, esperamos que siempre sea tan linda y entregada como lo fue con nosotros, ya que a pesar del tiempo nunca nos abandonó, y estuvo siempre al pendiente de nuestro trabajo, algún día su recompensa será mayor, que Dios la bendiga. Con nada le podremos pagar todo el esfuerzo que hizo para que pudiéramos triunfar y lograr terminar, muchas gracias.

Al Dr. Victor Moreno Maldonado, por brindarnos todo su apoyo y comprensión, por ser un gran hombre triunfador, pero sencillo y darnos todos sus conocimientos, gracias.

Al Lic. Ricardo Enrique Buzo, por haber colaborado en la elaboración de las gráficas, estadísticas, sin ningún interés, y a pesar de no conocernos, ya que demostró la grandeza y la calidad humana que tiene. Muchísimas gracias.

A Dios por haberme dado la vida y despejar siempre mi camino, por ser tan generoso conmigo y darme la sabiduría que yo siempre necesite para poder terminar este trabajo.

A mis padres por que siempre procuraron que tuviera lo mejor. A mi padre Raúl porque a pesar de sus defectos siempre me enseñó sus virtudes, y fue un gran hombre.

A mi madre Eva que siempre ha sido una gran mujer, que siempre ha luchado contra la corriente y siempre salió triunfante. Gracias por ser la mejor de las madres.

A mis hijas Brenda, Karen y Lilian por soportarme siempre mis malos ratos, por demostrarme siempre su amor, por ser las mejores y más hermosas hijas que Dios me dio.

A Rubén por ser siempre el hombre que yo esperaba, por darme y demostrarme todo su amor por toda la ternura y cariño que me has dado, por apoyarme siempre en las buenas y las malas, por que no podría encontrar un mejor esposo en el mundo, espero que siempre seas el gran hombre que hasta ahora haz sido, por todo el esfuerzo que en este trabajo hiciste.

A mis hermanos que a pesar de que han estado lejos siempre han estado conmigo, Guadalupe, Alejandra, Juan, Enrique.

A Guadalupe por toda por todo el apoyo que me ha brindado en este tiempo cuidando a mis hijas.

Luz Maria

## **Agradecimientos**

A Dios, por darme la dicha y virtud de tener vida, salud, fuerzas y voluntad para ver realizado el más grande de mis sueños y anhelos. Porque ahora me convierto en un hombre de bien, agradeciéndote por que me haz guiado por buen camino. Y sobre todo, por que nunca me haz dejado solo.

Por que hoy y siempre, mientras sea tu voluntad darme la vida dedicaré a ti, cada uno de mis triunfos.

A mis padres. Porfirio y Guadalupe por otorgarme la dicha de vivir. Por haberme dedicado una vida de grandes sacrificios para mi formación como hombre de bien y como profesionista. Por que ese gran esfuerzo y sacrificio solo lo otorga alguien que ama tanto incondicionalmente sin esperar nada a cambio. Les agradezco su inmensa comprensión y su gran apoyo para culminar con gran éxito esta etapa tan importante en mi vida.

A mis hermanos:

María Alejandra, las palabras son insuficientes e insignificantes para expresarte la gratitud, el cariño y amor que tengo hacia ti. Tu que siempre haz sido mi gran apoyo, que siempre haz estado conmigo cuando mas te necesito, que me haz escuchado y consolado, que eres la mejor de mis amigas, gracias por apoyarme incondicionalmente a cumplir este sueño, por ser esa excelente persona, siempre comprensiva y tierna. Y sobre todo agradezco a Dios por que tengo a mi lado a alguien como tu.

José Tomás, Te agradezco porque me haz brindado tu apoyo y saber que cuento contigo.

A mi amigo Carlos Alberto, Por tu gran y valiosa amistad, por apoyarme y darme ánimos para concluir la carrera te agradezco mucho estos años de verdadera amistad, y saber que siempre puedo contar contigo.

Juan Carlos

Dedico parte de este trabajo de investigación a mi abuelo Tomás Fuentes Rodríguez.

NADIE ENVEJECE SÓLO POR VIVIR  
UN NÚMERO DE AÑOS.  
LA GENTE ENVEJECE, AL ABANDONAR  
TOTALEMENTE SUS IDEALES.  
LOS AÑOS ARRUGAN EL ROSTRO,  
PERO PERDER EL ENTUSIASMO  
ARRUGA PRECIPITADAMENTE EL  
ALMA.

LA PREOCUPACIÓN, LA DUDA,  
EL EGOISMO, EL MIEDO, LA DESESPERACIÓN,  
Y LA PÉRDIDA DE FÉ, REPRESENTAN LARGOS,  
LARGOS AÑOS QUE NUNCA PASAN, QUE  
INCLINAN LA CABEZA Y LLEVAN AL  
ESPÍRITU NUEVAMENTE AL POLVO.

## INDICE

Introducción	1
1.- Antecedentes	4
2.- Generalidades del Adulto Mayor	5
2.2.- Vejez, definiciones	7
3.- Características del Adulto Mayor	7
3.1.- Cambios Biológicos	8
3.2.- Cambios Psicológicos	9
3.3.- Cambios Sociales	9
3.4.- Pérdidas más importantes en la vejez	10
4.- Enfermedades Crónicas Degenerativas más comunes	11
4.1.- Autocuidado y control de las enfermedades	11
4.2.- Demencia y rehabilitación	13
5.- Nutrición y edad	13
5.1.- Factores que contribuyen al estado nutricional comprometido en la vejez	14
5.2.- Factores que contribuyen a los problemas nutricionales	16
5.3.- Uso y abuso de suplementos nutrimentales	16
5.4.- Fármacos e interacciones nutritivas	17
6.- Instituciones, especializadas en atención al adulto mayor	18
6.1.- Dignidad para el adulto mayor	18
6.2.- Derechos del adulto mayor	19
7.- Enfoque Gerodontológico de las dentaduras completas	20
7.1.-Cambios de la A.T.M. por el envejecimiento	21
7.2.- Reabsorción ósea y cambios en la relación intermaxilar	21
7.3.- Influencia de la vejez en las parafunciones y la posición lingual .	22
7.4.- Consecuencias en la oclusión de las prótesis completas	23
7.5.- Abordaje práctico de la oclusión en la prótesis completas	23
7.6.- Concepto de la oclusión lingualizada.	24
8.- Tratamiento	25
8.1.- Higiene de la Prostodoncia Total	26
9.- Planteamiento del problema	26
10.- Justificación	27
11.- Hipótesis	27
Objetivos	27
12.1.-Objetivo general	27
12.2.- Objetivos específicos	28
13.- Metodología	28
13.1.- Material y métodos	29
13.2.- Tipo de estudio	29
13.3.- Población de estudio y muestra.	29
13.4.- Criterios de inclusión y exclusión	29

13.5.- Variables de estudio	30
13.6.- Recursos	31
14.- Resultados	32
15.- Conclusiones	36
16.- Bibliografía	39
17.- Anexos	40

## INTRODUCCIÓN

La medicina moderna está haciendo lo posible para que muchos individuos alcancen una edad entre los 70 y 80 años. En la antigüedad, las sociedades eran afortunadas si algunos pocos vivían lo suficiente para reproducirse, en tanto que la mayoría estaba predestinada a morir antes de alcanzar la edad adulta. En el tiempo de los romanos, en las islas británicas la mayoría de las personas vivían sólo alrededor de 40 años; sin embargo, a principios de este siglo la esperanza de vida es de 70 para los varones y de 76 para las mujeres. Esta tendencia ha ocasionado que la población total del mundo aumente de tal manera que finalmente el número total de ancianos aumentará a pesar de un índice de crecimiento cero en los países más desarrollados.

Actualmente se estima que la población anciana es de aproximadamente 1 por cada 10 personas en el mundo. Asimismo, se ha registrado que las mujeres viven más que los hombres y la porción de las mujeres ancianas está aumentando. En 1995, en los países desarrollados el número estimado de mujeres de 60 años en adelante constituyó más del 20% del total de la población femenina, mientras que la proporción de hombres ancianos era de 15%.

Para el año 2025, el porcentaje de mujeres ancianas en países desarrollados alcanzará el 27 de la población femenina, mientras que los hombres ancianos llegarán al 22% de la población masculina.

Se ha encontrado que gran proporción de personas retienen sus dientes naturales durante más tiempo. Esto significa que las necesidades de tratamiento dental aumentarán como resultado de un incremento en la demanda. En consecuencia los servicios de la salud dental para esta población tendrán que incrementarse también. Hay poca información acerca del estado dental de poblaciones ancianas en países en desarrollo. Dos estudios previos realizados en la ciudad de México en poblaciones diferentes muestran grandes variaciones en la prevalencia de edentulismo, caries coronal y necesidades de tratamiento.

La prevalencia de edentulismo se ha reportado de 28.5% en ancianos de 66 a 74 años y de 43.2% en mayores de 75 años en Estados Unidos, 21.7% en personas mayores de 50 años en Canadá; 14% en zonas urbanas y 45% en zonas rurales de Suecia y 36.7% también en Estados Unidos (Nueva Inglaterra). (9)

Es por esto que, decidimos estudiar al grupo de adultos mayores, ya que para nosotros tiene un gran interés y esperamos que en estudios futuros

les sirva el tipo del estudio que hacemos, tanto psicológico como prostodóntico. (9)

Otra razón considerada de suma importancia es el interés que despertó en nosotros el conocimiento un poco más profundo del comportamiento de las personas ancianas tanto en el consultorio dental , como en la relación médico –paciente tanto en las características psicológicas que le son afines , nos decidimos por su estudio bajo la premisa “ **Si el Odontólogo conoce las características psicológicas del niño y el adolescente ¿ por qué no las del anciano?**” .

## 2.- ANTECEDENTES.

El fantasma de la vejez sobrecoge a muchos. Se piensa que en esta etapa se acabarán los placeres de la juventud, en que la pesadez de los miembros hinchados, de la artritis apenas nos dejará mover con lentitud. En que quienes hoy nos dan cariño apasionado, mañana se alejarán con frialdad de nosotros, en que ya no tendremos ni esperanzas, ni proyectos, sólo una vida árida y oscura, preludio de la muerte.

Si esto es así. ¿Por qué gritamos: "¡Viva!" Al héroe, con lo que queremos significar nuestro deseo por su longevidad? ¿O por qué en las plegarias de todas las regiones se pide una larga vida? ¿Por qué nos desean "muchos días de éstos en nuestro cumpleaños?".

Quizá no sea tan respetable la vejez como la pintan. O al menos, lo sea para los que reconocen que la ancianidad es la edad de la sabiduría.

Quienes han sometido su voluntad a los placeres corporales sin duda esperarán con pánico la senectud, que sin piedad va arruinarles entera esa fortuna. Pero hay también muchos que viven con miras más altas y piensan, por lo contrario, que la vejez será su meta. El artista inmaduro en su juventud, va a encontrarse por fin a sí mismo con los años. El sabio necesita tiempo y más tiempo para sus investigaciones. El hombre que se ha propuesto dejar un poco mejor el mundo que como lo encontró y proyecta establecimientos de beneficencia, sólo en la ancianidad podrá ver el fruto de sus esfuerzos. "Para entonces habré hecho esto", "para entonces habré conseguido lo otro". Depende de la grandeza del alma.

Para quienes existen por y para el espíritu, más bien las pasiones juveniles fueron una traba y se glorían de haberlas dejado atrás. En uno de sus Diálogos, Plantón hace exaltado elogio de la vejez y lo mismo pensaba Cicerón cuando escribió De Senectud.

En la medida en que hay espíritu, la ancianidad deja de ser una amenaza para convertirse en una ardiente promesa. No estaría mal hacer una prueba para medir la espiritualidad de las personas, fundándose en ésta cuestión: ¿Qué piensa usted de la ancianidad?.

En nuestra época la mayoría saldría de la prueba con cero, pues hoy no se estima la valía de un individuo, sino su productividad económica. Es decir, se le mide con el mismo criterio con que se juzga una máquina o una vaca.

Es que ahora no somos cultos sino simplemente civilizados. En época de cultura los viejos han sido considerados los grandes de la nación . A ellos se les confiaba el más alto de los oficios: el de gobernador, el sanedrín de Israel estaba integrado por 72 ancianos, el consejo de Delfos guiaba a Grecia. El senado romano tenía tanto o más poder que el Cesar (La palabra "senado" viene de senectud: "viejo"), los cardenales de la iglesia peinan canas, y a un sacerdote católico se le llama "presbítero", honrándole con este título porque présbita, en griego, significa "viejo": es un modo de calificarlo de sabio aunque sea joven.

No ha de ser, pues, tan importante e inútil la senilidad , cuando por milenios ha sido encargada nada menos que de dirigir a las naciones.

Entre los genios se han significado en la historia, muchísimos han realizado lo mejor de su obra en la "tercera edad": Solón, Licurgo, Pitágoras,

Sócrates, Platón, Aristóteles, Fidias y otros más en Grecia. Moisés contaba ya ochenta años cuando liberó a su pueblo de la esclavitud de Egipto. Goethe escribió su Fausto también en edad avanzada . Miguel Angel pintó el Juicio final, ya decrépito , sería interminable la lista.

Entonces, todavía hoy a pesar del materialismo y del desdén por los mayores, a un en este siglo, hemos confiado el gobierno a un Adenauer, a un Roosevelt, a un Tito, a un De Gaulle, a un Mao, a un Churchill, a una Golda Maier; y con gusto la India se puso en manos del Mahatma Gandhi.

Entonces ¿Por qué en general cohibimos a los viejos juzgándolos inútiles? Les damos la impresión de que ya están de más en este mundo , y el resultado es el mismo que con los niños o los jóvenes, a quienes todo el mundo repite que no sirven para nada: realmente se han vuelto inservibles .

Un país culto y no decadente estimula a sus ancianos, pues sabe que en ellos reside la parte sabia de la humanidad. Hasta el humilde carpintero senil que ya no puede manejar la sierra, instruye a los novatos: es el maestro. Al anciano no le corresponde hacer sino enseñar a hacer , es el guía, el perito, el conductor, el consejero, el que gobierna... no importa que lo haga desde una silla de ruedas. Desperdiciar la fuerza más fina y sutil de la nación resulta crasa necesidad.

El anciano no merece que se le ofenda con el menosprecio o la burla; pero ni siquiera que se le afrente con lástima o compasión, **¡ cuando que es digno de toda veneración, de entrega estima, de altísima honra!**

Nosotros mismos, espiritualizándonos, podemos irnos preparando a una brillantísima vejez en lugar de vivir temiéndola (10).

## 2.1.- GENERALIDADES DEL ADULTO MAYOR.

El término gerontología proviene del griego (gerón: anciano; logos: tratado) y designa a la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos funcionales, psicológicos y sociales.

Un hecho socioeconómico avala la importancia de la gerontología; ante la renovada y rehabilitada presencia del anciano en la sociedad actual, ninguna nación desarrollada o en vías de desarrollo ha sido capaz de cubrir su asistencia completa, sino está vinculado el anciano, aunque sea parcialmente, con su propia solución respecto de su salud, medios económicos, ocupación e integración social.

Hoy en el mundo entero reconoce al Vienés Ignotas Leo Nascher (1863) como uno de los primeros en identificar las necesidades médicas especiales de los ancianos, y el primero también, en señalar la investigación y capacitación especializadas que se requieren para satisfacer tales necesidades.

En 1909, Nascher incorporó el término geriatría al vocabulario médico, con el fin de que designara en la edad avanzada una función semejante a la que el vocablo pediatría cumple en la infancia. Empleaba las palabras senil y senilidad, para expresar su concepto fundamental: "La senilidad es una entidad fisiológica, como la niñez, y no un estado patológico propio de la edad. La enfermedad padecida durante la senilidad es una condición patológica ocurrida en un órgano o tejido que sufre degeneración normal, y de ninguna manera una condición propia de esta etapa y complicada por procesos degenerativos. El tratamiento de las afecciones padecidas en la

senilidad deberá encaminarse a restaurar los tejidos enfermos y volverlos a su estado normal en la senilidad, y no a su estado normal de la madurez (1).

## **2.2.-VEJEZ, DEFINICIONES.**

¿Qué es la vejez? No es fácil, espontáneamente y sin preparación, formular una definición de este concepto que sea satisfactoria, porque es posible definirla situándose en diversos puntos de vista; no hay una, sino varias definiciones de la vejez. A pesar de su diversidad, las numerosas definiciones de la vejez que se encuentran en la literatura gerontológica pueden reagruparse en tres grandes categorías correspondientes cada una a un mismo denominador común: son las biológicas, las sociológicas y las cronológicas.

Las definiciones de la vejez formuladas por la biología y las ciencias de la salud tienen por común denominador el progresivo deterioro del organismo ocasionado por el proceso de envejecimiento, tanto estructural como funcional. Más pronto o más tarde, el desgaste de edad alcanza la misma estructura del organismo en el ámbito de los tejidos y más profundamente, en el ámbito molecular. Ello origina un declive de la calidad del funcionamiento del ser vivo cuyos órganos están afectados por el desgaste estructural, incluso las definiciones psicológicas de la vejez se refieren fundamentalmente al común denominador de esta primera categoría, puesto que el ejercicio de la vida intelectual y afectiva del individuo no es independiente del estado de desgaste de los órganos, de las facultades y del organismo en general.

Las definiciones de la vejez pertenecientes a esta primera categoría podrían, responder a la siguiente formulación general, la vejez es un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano.

Las ciencias sociales tienen también su modo de ver la ancianidad , en gerontología, la emergencia de las ciencias sociales es más reciente que la de las ciencias biológicas, pero no es menos considerable, particularmente en el campo del trabajo social y de la sociología.

En primer lugar, no hay una separación entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas en su modo de considerar la vejez. Las definiciones de ancianidad elaboradas por las ciencias sociales presuponen implícita o explícitamente la definición genérica proporcionada por las ciencias biológicas. En la elaboración de sus propias definiciones de la ancianidad, las ciencias sociales parten de un mismo elemento de realidad que es la decadencia biológica acarreada por el proceso de envejecimiento, que afecta más pronto o más tarde la participación social del individuo.

Las definiciones de la vejez según las ciencias sociales tienen en común el concepto de "jubilación ". Hay que guardarse, sin embargo, de restringir este concepto a solo la jubilación profesional. Por significar en general un receso de la participación social, el concepto de jubilación está definido de dos modos por las ciencias sociales en lo referente al envejecimiento, de modo positivo como una adaptación de la participación social consecutivamente al declive biológico de la persona que envejece, de modo negativo como una exclusión o un desentenderse de toda participación social.

La definición genérica de la vejez según las ciencias sociales podría ser la siguiente: la vejez es la edad de jubilación como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento.

Finalmente, siempre es posible definir la vejez desde el punto de vista cronológico, según la edad. El denominador común es entonces el

crecimiento de edad por consecuencia , la disminución de las expectativas de vida. Cuando más se avanza en años, menos tiempo queda para vivir. Pero ¿a qué edad se es verdaderamente viejo? La perspectiva cronológica de la vejez no puede ser más que muy relativa, puede surgir en esta definición global, que se desprende de la gerontología en su estado actual; la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento de edad, surge una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social.

El envejecimiento es una evolución progresiva, lenta e irreversible, se trata de un proceso natural que le ocurre a todas las personas.

Nadie escapa de envejecer pero cada quien envejece a su manera y esto va a depender mucho del estilo de vida previo.(2)

### **3.-CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO MAYOR.**

En la vejez vamos a presentar cambios en diferentes aspectos: cambios biológicos, psicológicos y sociales.

#### **3.1.- Cambios biológicos.**

- Piel, pelo, la piel se vuelve seca y más delgada
- Menor sudación
- Menor fuerza muscular
- Reflejos más lentos , lentitud motriz
- Disminuye la memoria reciente
- Disminuye el gusto, el olfato
- La agudeza visual disminuye

- Las funciones corporales por lo tanto disminuyen en su totalidad

Se vuelve por lo tanto muy difícil la convivencia con los hijos y se empiezan a dar condiciones de maltrato, tal vez olvidando el excelente cuidado que les brindaron , pagando mal por ello , sin embargo también puede ser el fruto de la cosecha sembrada por los padres , no por ello se disculpa el maltrato a un ser indefenso .

La capacidad perceptiva se deteriora con el paso del tiempo y puede atribuirse a la función de los órganos de los sentidos.

Los individuos de edad avanzada tienen en muchos aspectos un modelo de conducta mas lento, y la motivación para ciertos tipos de tareas, parece disminuir con la edad (13).

### **3.2.- CAMBIOS PSICOLÓGICOS**

Los cambios psicológicos influyen en nuestros pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conductas, personalidad en general , los cambios físicos pueden limitar las relaciones sociales e incrementar el aislamiento, acentuando los problemas en esta fase por las características psicológicas.

- Esto puede generar tristeza y depresión al entrar a la vejez.
- Puede haber rechazo y frustración de la vida , en este punto podemos observar la fusión de los cambios psicológicos con los físicos, entre mejores condiciones psicológicas tenga el individuo va a poder afrontar mejor sus cambios físicos.
- Conciencia de la cercanía de la muerte.

- Para ellos el tiempo se vive más rápido, una característica importante en ellos es que se tornan más religiosos.

Al no otorgarse el reconocimiento que merece un individuo que ha sido productivo toda su vida, ocurre un derrumbe psicológico que en algunas personas puede ser grave, y que frecuentemente se presenta en los jubilados que han perdido interés por la vida, y gran parte de su posición económica y social (1).

### **3.3.- CAMBIOS SOCIALES.**

- Jubilación la cual alterna con el estatus económico.
- Alteración de lo social.
- Alteración del rol familiar.

La vejez ha sido llamada la estación de las pérdidas, el adulto mayor pierde el rol de trabajador y de miembro contribuyente de la sociedad.

### **3.4.- PERDIDAS MÁS IMPORTANTES EN LA VEJEZ.**

- Atractivo físico
- Saludos cordiales, vigor y energía física
- Deseo sexual
- Funciones sociales
- Seres queridos
- Años de vida
- Posibilidad de gratificaciones.

#### **4.- ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS MÁS COMUNES.**

Las enfermedades crónico degenerativas (cuyo origen comienza alrededor de los treinta años, si la persona no pone atención al cuidado de su salud) y las llamadas enfermedades de la vejez, (que aunque son perturbaciones de la salud, sólo limitan en menor grado a la persona), son pequeños obstáculos para que el adulto continúe con una vida activa. Entre las más importantes están:

- La depresión, las alteraciones del sueño y/o del estado de ánimo.
- La dificultad en el andar, al correr, al subir escaleras, al incorporarse o agacharse.
- La dificultad de respirar, por lo que aparecen algunas afecciones respiratorias.
- La presión alta o baja, las várices
- Las alteraciones en el funcionamiento de los intestinos.
- La dificultad en la micción o incontinencia urinaria.
- Las heridas, las hemorroides.
- La pérdida de los dientes.

Esto va ir repercutiendo hasta llegar a tener una vejez llena de trastornos (3).

Estos cambios y alteraciones en el organismo, derivados del proceso de envejecimiento, pueden ser tratados por gerontólogos y geriatras para ofrecerle al adulto mayor una vida más satisfactoria, en nuestro caso como Odontólogos es muy importante tener el conocimiento del paciente anciano y contribuir a otorgarle con nuestros conocimientos una mejor calidad de vida .

#### **4.1.- AUTO CUIDADO Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES.**

Cuando el adulto mayor sufre un problema, él y la familia deberán ser los primeros en detectarlo para acudir con el especialista.

El interés que manifiesten para su recuperación, así como la participación de personal capacitado para atenderlo, servirán para contener el avance de sus enfermedades o rehabilitarlo en el menor tiempo posible.

Para ello es importante considerar todas las necesidades del adulto mayor:

- Salud (física y mental)
- Relaciones sociales
- Ocio, cultura y educación
- Adecuación del medio ambiente
- Reorganización de su tiempo y actividades
- Participación en las actividades de la comunidad

#### **4.2.- DEMENCIA Y REHABILITACIÓN.**

Entre los padecimientos característicos de esta edad destacan las demencia, las cuales alteran las funciones del cerebro como: La memoria, el lenguaje, la concentración y la motricidad.

Su inicio y evolución son progresivos, afectan la autonomía, modifican la conducta y alteran la convivencia cotidiana del individuo, haciendo necesaria la intervención de los servicios médicos, psicológicos y sociales.

Para proporcionarles una mejor calidad de vida al paciente, se le puede apoyar con rehabilitación, estimulación y compañía, orientación continua en la realidad, el tiempo, el lugar y la circunstancia en que se encuentra la persona, con estímulos visuales como fotografías, calendarios con letras y números grandes, legibles, que indiquen la fecha.

Estimular la memoria reciente a través del recuerdo de los acontecimientos relevantes del día: Fiestas, cumpleaños de los familiares, estaciones del año, días de reunión, nombre de los vecinos.

Fomentar la memoria e imaginación con la lectura de cuentos cortos, repetición recuerdo de datos o acontecimientos importantes, álbum fotográfico.

Potenciar las capacidades de convivencia y comunicación, mediante la participación en actividades grupales, familiares o de la comunidad. Ejercitar la actividad auditiva y visual con actividades como: buscar las diferencias en dibujos similares, describir las ropas de los miembros de la familia, reconocer figuras desconocidas por su silueta, identificar a las personas por la voz, los objetos familiares por su textura, sustancias conocidas por el olfato, lo agrio, lo dulce, las flores y demás.

El objetivo primordial es mantener al adulto mayor estimulado en el ámbito mental, a la vez que se proporciona acompañamiento y mejor calidad de vida en su proceso demencial (3).

## **5.- NUTRICION Y LA EDAD.**

Recientes teorías determinan que la edad conlleva a la oxidación gradual de las membranas lipídicas, lo cual ha llevado a las personas a consumir alimentos con propiedades antioxidantes como son las vitaminas A.C. y E y el selenio, sin saber que además no existen evidencias científicas de que en realidad alargue la vida, consumidas en grandes dosis pueden resultar tóxicas.

Un estado nutricional comprometido en la vejez puede contribuir a una deficiente habilidad para responder a los cambios fisiológicos y por consiguiente a la capacidad para resistir una infección.

### **5.1.- FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ESTADO NUTRICIONAL COMPROMETIDO EN LA VEJEZ.**

El descenso progresivo en la función notado en varios órganos y tejidos en la vejez, puede llevar cambios subsecuentes en su habilidad para digerir, absorber y excretar nutrientes. Esto puede contribuir al desarrollo de la desnutrición, aún cuando la ingesta de nutrientes sea la adecuada, de ahí la importancia de nuestra profesión .

En lo que respecta a su alimentación el paciente adulto mayor presenta deficiencias de uno o más nutrimentos importantes, por ejemplo: hierro, calcio, tiamina, magnesio, fluoruro, ácido fólico, zinc y fósforo (12).

## **5.2.- FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LOS PROBLEMAS NUTRIMENTALES EN LA VEJEZ.**

### **ORALES**

- Cambios en la habilidad para masticar la comida.
- Cambios en la habilidad para metabolizar nutrientes.
- Xerostomía inducida por fármacos.

### **FISICOS**

- Cambios en la habilidad para absorber y utilizar nutrientes.
- Cambios en la habilidad para metabolizar los nutrientes.
- Cambios en los requerimientos energéticos y la actividad.
- Efectos de los medicamentos en el apetito, utilización y absorción de los nutrientes.

### **FUNCIONALES.**

- Cambios en la visión y auditivos.
- Falta de habilidad física ocasionada entre otros factores por la artritis.
- Inhabilidad para comprar y cargar alimentos.

### **PSICOSOCIALES**

- Aislamiento y soledad
- Pérdida del apetito y del interés por comer
- Falta de recursos financieros
- Depresión

Debido a que los niveles normales de nutrientes que son requeridos en la vejez son desconocidos, no es tan fácil determinar en qué casos se está hablando de desnutrición, cuando ésta se sospecha, se debe determinar si es el resultado de un consumo insuficiente o, de factores secundarios tales como la enfermedad o la mala absorción. Se tienen estudios que demuestran que muchas personas mayores de 65 años consumen dietas inadecuadas y que esto los coloca en riesgo de sufrir una deficiencia nutricional. La desnutrición en pacientes ancianos hospitalizados ha sido una causa mayor de mortalidad en el pasado.

La secreción de enzimas digestivas frecuentemente disminuyen con la edad. Las alteraciones en la capacidad digestiva asociadas al proceso de envejecimiento pueden ser también el resultado de una terapia medicinal, cirugía intestinal o enfermedades del tracto alimenticio.

Los cambios en la movilidad del tracto gastrointestinal pueden llevar a la constipación y abuso de laxantes.

Una discapacidad física puede afectar el estado nutricional de una persona, ya que puede crearles dificultades para obtener comida, abrir latas, paquetes y preparar su comida, llevándolos a la disminución de su deseo de comer y la pena puede llevarlos al aislamiento, lo que a la larga también contribuye a lo anterior.

Se ha observado también una disminución en la sensibilidad gustativa y olfativa.

## FACTORES SOCIALES

La pobreza puede ser una de las causas que contribuyen a la desnutrición. Cuando los recursos son pocos, la renta y otras necesidades pueden llegar a tener prioridad sobre el alimento. Un factor psicológico común entre los ancianos es la depresión, que aunada a la ansiedad y soledad puede resultar en la pérdida del apetito.

### **5.3.- USO Y ABUSO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES.**

Los ancianos son altamente susceptibles a los anuncios que prometen ayudar a combatir las enfermedades degenerativas o crónicas o que prometen incrementar la longevidad, por lo que se debe alentarlos a comprar alimentos nutritivos en vez de gastar su dinero en suplementos inapropiados innecesarios.

### **5.4.- FÁRMACOS E INTERACCIONES NUTRITIVAS.**

Se ha reportado que a las personas mayores de 70 años se les prescriben más de 18 drogas al año. El abuso de medicinas puede alterar el consumo de alimentos o la digestión, así como la absorción y la utilización. Algunas drogas pueden estimular el apetito y otras causar anorexia (4).

## **6.- INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS EN ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR.**

El aumento de la población de la tercera edad a un nivel mundial ha exigido mayor atención médica, jurídica y asistencial, por lo que actualmente han surgido nuevas instituciones y especialidades para su cuidado y protección.

Entre ellas están las que desarrollan programas en las áreas de:

- Salud
- Alojamiento.
- Apoyo a la economía.
- Asesoría jurídica.
- Empleo.
- Capacitación.
- Recreación.
- Deportes
- Sociocultural.

## **6.1.- DIGNIDAD PARA EL ADULTO MAYOR**

Existe un tiempo en que las fuerzas viven plenas y eufóricas en el cuerpo; cuando la sangre corre ansiosa buscando conquistar el mundo entero, luego, el mismo tiempo se encarga de ganarle la batalla a la carne y a los reflejos, se pasa entonces a ser adulto mayor, a esa etapa de la vida que, para una gran mayoría, significa soledad, tristeza y abandono.

A pesar de poseer una fuente de riqueza cultural, de conocimiento y experiencia, gran número de ancianos viven marginados, alejados de la vida productiva, de la convivencia familiar, en situaciones extremas donde van perdiendo sus bienes materiales y su salud en un declive sin final.

Jamás ha sido fácil ser anciano. Sobre todo en estos días de crisis e incertidumbre.

Gobierno y sociedad debemos comprometernos aún más con este sector de la población. Reorientar nuestras políticas de asistencia social, trabajar para aminorar los afectos que provoca la estructura económica actual, fortalecer el tejido social a favor de una mayor integración familiar, vigilar que los sistemas de salud realmente beneficien a nuestros adultos mayores y brindarles nuevamente espacios laborales.

## **6.2.- DERECHOS DEL ADULTO MAYOR**

- Asistencia física
- Asistencia económica
- Asistencia social
- Cultura y comunicación
- Dignidad y libertad.

En 1978, la ONU instituyó el 28 de Agosto como el día Internacional del Anciano.

**“SEAMOS GENEROSOS Y FESTEJEMOS A ESTAS MUJERES Y HOMBRES QUE DIERON TODA SU EXPERIENCIA, SUS FUERZAS E IDEAS PARA CONSTRUIR ESTA CIUDAD, EL GIGANTESCO HOGAR DE TODOS NOSOTROS, Y PENSEMOS QUE ALGÚN DÍA NOSOTROS ESTAREMOS EN ESA ETAPA DE LA VIDA, Y QUE SU RECOMPENSA SEA EL RECONOCIMIENTO A SU ESFUERZO” (3).**

## **7.- ENFOQUE GERONTOÓGICO DE LAS DENTADURAS COMPLETAS.**

Con relación a los estudios epidemiológicos odontológicos sobre las necesidades y las demandas de la población de edad avanzada, se observa una tendencia a la disminución de los pacientes edéntulos.

Esto ha sido así gracias a la mejora de los estándares de vida, el progreso de la tecnología dental y los programas de prevención. Pero, por otra parte, se debe tener en cuenta que la proporción de ancianos se haya en constante aumento, especialmente el grupo de los más mayores (75-80 años). En este grupo específico los portadores de prótesis son los más habituales, así que en posteriores análisis habrá un aumento de los más mayores edéntulos, que serán rehabilitados con prótesis completas.

Los principales problemas en la esfera bucal de esta población geriátrica pueden ser definidos fundamentalmente por:

- cambios fisiológicos de la A.T.M.
- Reabsorción ósea y cambios en la relación intermaxilar en el anciano,
- La posición lingual y parafunciones influenciadas por el envejecimiento.

En conclusión el plano mandibular puede ser elegido en pacientes ancianos edéntulos para proveer una mejor distribución de las fuerzas oclusales. Este plano debería ser el elegido a realizar rehabilitaciones bucales completas.

### **7.1.- CAMBIOS DE LA A.T.M. POR EL ENVEJECIMIENTO.**

Este fenómeno ha sido bien descrito por diversos autores y se ha demorado la influencia de la prótesis sobre la anatomía y la fisiología de la ATM, especialmente la asimetría de las guías condilares.

De la misma manera, se han observado importantes modificaciones en los patrones masticatorios de los portadores de prótesis completas. Los pacientes desdentados totales suelen realizar lateroprotusiones cuando llegan a la posición de relación céntrica y movimientos asimétricos en la fase terminal de su ciclo masticatorio. Además tienen tendencia a buscar con fuerza contactos anteriores. Esta parafunción puede desarrollarse en prótesis antiguas muy abrasionadas.

## **7.2.- REABSORCION ÓSEA Y CAMBIOS EN LA RELACIÓN INTERMAXILAR.**

Este fenómeno está siendo estudiado desde hace muchos años en la población geriátrica, Sus consecuencias son extremadamente drásticas, no sólo por la pérdida de las estructuras de soporte, sino también en la relación intermaxilar. El maxilar tiene una reabsorción moderada centrípeta; la mandíbula, por el contrario, presenta una reabsorción centrífuga progresiva e importante, dando como resultado una situación de mordida cruzada.

Otro Punto crucial es el patrón global de la mandíbula en el sentido de las agujas del reloj, lo que significa una extrusión del área anterior mandibular, más profunda que en el área posterior y una tendencia a que el maxilar superior e inferior queden confrontados en el segmento anterior.

## **7.3.- INFLUENCIA DE LA VEJEZ EN LAS PARAFUNCIONES Y LA POSICION LINGUAL.**

Al lado de movimientos involuntarios debidos a enfermedades sistémicas, existen parafunciones y movimientos masticatorios adquiridos, habitualmente como consecuencia de prótesis defectuosas, problemas periodontales o de la reabsorción asimétrica de las crestas, que a menudo es menor a la que se produce en las prótesis parciales removibles inferiores (síndrome combinado). La lengua, debido a sus cambios de inserción, suele irse hacia atrás especialmente cuando el paciente no es portador de prótesis.

## **7.4.- CONSECUENCIAS EN LA OCLUSIÓN DE LAS PRÓTESIS COMPLETAS.**

Estos cambios geriátricos tan drásticos tiene una enorme influencia en el concepto de rehabilitación oclusal. Los principales puntos a tener en cuenta son:

1.- La simetría de la guía condilar y los extensos patrones de mordida lateroprotusiva, acompañados a menudo de movimientos parafuncionales, obligan al gerontólogo a escoger dientes artificiales angulados, no anatómicos y de cúspides bajas.

2.- La reducción de la dimensión vertical y la retrusión de la posición lingual tienen una gran influencia cuando se deben escoger el plano de referencia. En vez de orientarse en el plano de referencia esquelético maxilar, se recomienda escoger el plano mandibular tomando ciertos criterios fisiológicos como elementos de referencia (lengua, labios, zona neutra).

3.- El hecho de que un paciente geriátrico haya masticado durante muchos años en una relación céntrica errónea, induciendo patrones masticatorios atípicos, confiere muy pocas posibilidades de rehabilitarlo en un patrón estricto de relación céntrica. Se recomienda una rehabilitación oclusal que permita movimientos exclusivos suaves alrededor de la céntrica, siempre hablando en términos de una céntrica larga.

## **7.5.- ABORDAJE PRÁCTICO DE LA OCLUSIÓN EN PRÓTESIS COMPLETAS.**

Después de establecer una dimensión vertical correcta, determinado el plano de orientación mandibular, se debe registrar la relación céntrica y transferirla a un articulador semiajustable.

Se monta el grupo anterior de forma que satisfaga las necesidades estéticas, funcionales y fonéticas. Los dientes anteroinferiores se montan de forma que no interfieran con el labio inferior, que a menudo va hacia atrás como consecuencia de cambios debido a la edad avanzada. A menudo se busca una posición borde a borde aunque si la dimensión vertical es reducida es necesario crear un sistema de guía anterior. La piezografía es de gran ayuda para determinar la posición bucolingual.

Se recomienda colocar dientes posteriores y anatómicos tomando como referencia el plano mandibular, que habitualmente haya situado unos 8-10 grados más elevado que el plano de Camper, obteniendo un punto de partida fisiológico para la curva de compensación.

## **7.6.- CONCEPTO DE OCLUSIÓN LINGUALIZADA.**

A fin de satisfacer imperativos geriátricos específicos y permitir libertad en los movimientos lateroprotrusivos y en los parafunciones, se elaboró el concepto de oclusión lingualizada. Este concepto se basa en el principio de Mortar y Pestle. No hay plano de trabajo o guía que pueden interferir los movimientos lateroprotrusivos del paciente. La presencia de una importante cúspide superior palatina que puede hacer movimientos hacia dentro en dirección horaria sobre una gran foseta inferior proporciona una cierta libertad tanto en los movimientos en céntrica como en protrusiva. De la

misma manera, la guía anterior en protrusiva y los movimientos laterales son determinados por deslizamientos de los dientes inferiores (básicamente los caninos). Esta técnica de equilibrio oclusal en trípode confiere al paciente geriátrico un gran confort en todas sus funciones, evitando sus quejas debidas a la prohibición de contactos anteriores preconizados por algunas normas prostodóncicas.

La visión geriátrica de la prótesis completa es un concepto holístico que abarca desde la toma de impresiones, la oclusión lingualizada, y en trípode, la determinación del espacio para la prótesis respecto a la zona neutra y el manejo psicológico del paciente de edad avanzada para obtener su mejor cooperación.

La rehabilitación oclusal tridireccional actúa como un instrumento reeducador, tratando de eliminar patrones geriátricos, fisiológicos o adquiridos, de masticación, preservando por un lado el concepto de balanceo formulado por Hanau y por el otro el estatus geriátrico (5)(6).

## **8.- TRATAMIENTO.**

Instrucciones inmediatas al paciente. Las primeras instrucciones de colocación de las nuevas dentaduras completas suelen ser breves y concisas.

- Usar las prótesis todo el tiempo
- Durante la comida tomar alimentos blandos en pequeños trozos.
- Leer en voz alta procurando separar las sílabas.
- Usar las prótesis por las noches, durante el período de adaptación.
- Lavarlas y enjuagarse la boca después de cada comida.

- Hacerles una higienización minuciosa una vez al día, de preferencia por la noche.
- Volver a una cita profesional 24 ó 48 horas después.

Durante esta etapa el paciente debe saber que no se intenta un resultado inmediato sino al cabo del imprescindible período de correcciones y adaptación.

Es necesario recordar al paciente que sus condiciones físicas, mentales y bucales son de naturaleza individual, sujeta a condiciones variables e imprevisibles que no reaccionan de la misma manera que otras bocas. Comprender que su aspecto será más natural a medida que transcurra el tiempo y se le aconseja que persevere durante este tiempo de adaptación.

## **8.1.- HIGIENE DE LAS DENTADURAS**

Se le indica quitarse las prótesis de la boca después de las comidas y limpiarlas con cepillo blando para prótesis utilizando un detergente líquido o jabón y agua. Que tenga la precaución de cepillarlos sobre un recipiente parcialmente lleno de agua o cubierto con una toalla húmeda porque no son irrompibles si se les golpea.

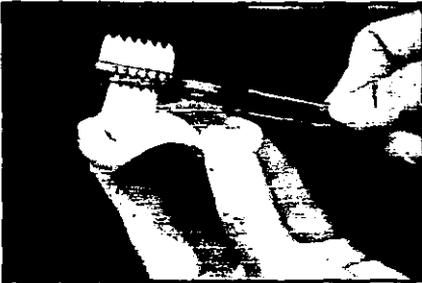
Una vez por semana se les dejará en un vaso de agua que contenga la siguiente solución:

- 1.. cucharada de hipoclorito de sodio
- 1.. cucharada de calgón
- 114 ml. De agua.

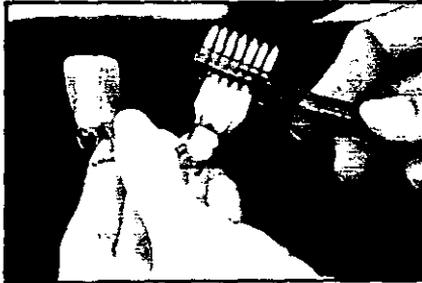
## TECNICA: LIMPIEZA DE LA DENTADURA POSTIZA



Use la parte plana del cepillo para dentaduras para limpiar las superficies exteriores de la dentadura. Se debe cepillar sobre un lavamanos cubierto con una toalla y lleno hasta la mitad de agua.



Use la parte mas pequeña y puntiaguda del cepillo para dentaduras para limpiar las superficies interiores de la dentadura que son mas dificiles de alcanzar.



Limpie las horquillas de metal de las dentaduras parciales cuidadosamente para evitar doblarlos.



Guarde las dentaduras en una taza con agua especial para éstas.

## **9.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En México hay pocos estudios referentes al adulto mayor a un nivel psicológico emocional, los cuales influyen en el tratamiento bucodental. Muchas veces en la práctica odontológica no todos quieren atender al paciente geriátrico, ya que no tienen los conocimientos necesarios para realizar los tratamientos ó la rehabilitación prostodóntica.

Es con esta finalidad que decidimos realizar nuestra investigación, con este grupo etáreo, para comprender la problemática y marginación que en ellos se da, así como el manejo que debemos dar pro y pos rehabilitación prostodóntica total.

## **10.- JUSTIFICACIÓN.**

Como el número de ancianos aumenta en la actualidad es importante entrenar a los profesionales para proporcionales un servicio adecuado a estos pacientes y explicarles cómo influye la edad, la psicología y nutrición en su manejo y tratamiento.

Cabe mencionar que casi todos los estudios odontológicos en odontogeriatría, se refieren a necesidades de tratamiento y muy pocos incursionan en el estado psicológico y emocional en el anciano; es por esto, que consideramos la gran importancia en realizar esta investigación que puede aportar datos valiosos para nuestra área profesional.

## **11.- HIPÓTESIS.**

La pérdida de dientes en pacientes de la tercera edad provoca que se vea afectado tanto a nivel psicológico como en sus funciones fonética , estética y masticatoria .

Hipótesis nula: La pérdida de dientes en la tercera edad no es de gran importancia para los pacientes y por lo tanto, no les afecta psicológicamente ni en sus funciones de fonética , estética y masticatoria .

## **12.- OBJETIVOS**

### **12.1.- OBJETIVO GENERAL.**

Determinar las características tanto psicológicas como emocionales del paciente adulto mayor que esta recibiendo tratamiento prostodóntico, así como los factores biológicos que se involucran en dicho proceso.

### **12.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Conocer las características socio-demográficas por edad y sexo de la población de estudio.

Determinar el estado psicológico y emocional del paciente adulto mayor.

Conocer los hábitos nutricionales antes y después del tratamiento prostodóntico.

Implementar un programa de educación para la salud bucal a los pacientes de la Clínica de Prostodoncia de la Facultad de Odontología.

## **13.- METODOLOGÍA.**

### **13.1.- MATERIAL Y MÉTODOS.**

Por motivos ajenos a esta investigación se cambio la población de estudios; por lo tanto la realización de esta se llevó a cabo en la Clínica de Prostodoncia Total perteneciente a la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. con la participación de personas Adultas Mayores de ambos sexos que acuden a esta Clínica para su atención integral, a los pacientes se les aplicó un cuestionario de 34 preguntas especialmente diseñado (anexo 1) con el propósito de conocer las actitudes psicológicas, nutricionales y opiniones resultantes de la funcionalidad de la prostodoncia total realizada, así como la atención clínica obtenida por los alumnos de la Facultad.

Como parte final de nuestra investigación implementamos un programa de educación para la salud enfocado al tratamiento prostodóntico que reciben los pacientes y que consistió en:

1ª Sesión.- Se realizó una evaluación diagnóstica interrogando a los pacientes acerca de cómo realizaban su limpieza bucal y que cuidado tenían en el mantenimiento de sus prótesis. (anexo 1).

2ª Sesión.- Se realizó la actividad educativa a través de una charla en la cual se dió todos los pasos o etapas que tienen que realizar para llevar acabo, tanto la higiene bucal como la limpieza de sus prótesis, para esto nos apoyamos en carteles y rotafolios, además se elaboró un tríptico el cual se les entregó a los pacientes (anexo 2).

3ª Sesión.- Se les pidió a los pacientes que trajeran cepillo dental y jabón para prostodoncia, para que realizarán la limpieza de sus prótesis total

y la limpieza bucal con el fin de evaluar si se comprendió la información proporcionada en la primera sesión.

### **13.2.- TIPO DE ESTUDIO:**

- Observacional
- Descriptivo.
- Prospectivo
- Transversal

### **13.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA:**

Población de estudio pacientes Adultos Mayores de ambos sexos pertenecientes a la Clínica de Prostodoncia Total de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. que actualmente reciben atención integral Odontológica.

Muestra: 41 Adultos mayores de ambos sexos, pacientes de la Clínica de Prostodóncia Total de la U.N.A.M. , se contó con el consentimiento de los participantes para aplicar la encuesta.

### **13.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.**

**INCLUSIÓN:** Personas Adultos Mayores de sexo masculino y femenino con una edad promedio que varía entre los 60 y 80 años; pacientes de la Clínica de Prostodóncia Total que decidieron bajo su consentimiento colaborar en este estudio.

**EXCLUSIÓN:** Pacientes que sean menores a la edad requerida para el estudio y personas que se nieguen a colaborar en la realización del presente estudio.

### **13.5.- VARIABLES DE ESTUDIO:**

- Variables socio-demográficas: edad, sexo, ocupación, dependencia económica, derecho a seguridad social, con quien vive, ( R del 1 al 6 )
- Variables del estado psicológico: afecciones emocionales, ( R de la 7 a la 10 )
- afecciones físicas aunadas a trastornos nutricionales , (R de la 11 a la 14 , 19 –20 )
- Funcionalidad del aparato Protésico: efectividad de las funciones masticatorias y fonéticas y la adaptación a la prostodóncia,( R de la 15 a la18 , 21 a la 24 )
- Prácticas de higiene Bucodental: frecuencia de higiene bucal, masaje a las encías, hábitos de lavado de la prótesis.( R 25 a la 29 )
- Relación Médico-Paciente: Respeto hacia el paciente, explicación del manejo de la prostodóncia, explicación de la conservación de la prostodoncia, satisfacción obtenida del paciente con prostodoncia. (R de la 30 a la 34 )

### **13.6.- RECURSOS:**

#### **HUMANOS:**

- 2 encuestadores (alumnos del Seminario de Titulación).
- 1 Tutor (Lic. En Psicología).
- 2 Asesores (Cirujanos Dentistas).
- 1 Asesor estadístico (Psicólogo).

#### **MATERIALES:**

- 41 encuestas impresas
- 10 lápices de madera
- 10 bolígrafos
- 255 hojas de fotocopias de artículos de revistas y libros
- 50 trípticos informativos
- 3 computadoras
- 1 impresora láser
- Internet

#### **FISICOS:**

- Instalaciones de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.
- Clínica de Prosthodontia Total de la Facultad de Odontología
- Instalaciones de la Clínica Periférica Venustiano Carranza.
- Biblioteca de la Facultad de Odontología U.N.A.M.

## 14.- RESULTADOS.

Este estudio estuvo conformado por 41 pacientes geriátricos ; en un 71% del sexo femenino y un 29% del sexo masculino (gráfica 1).

La edad de los pacientes se presento entre 60 y 87 años de edad (gráfica 2).

La ocupación más frecuente fue ama de casa con un 63.4%, le sigue jubilado o pensionado con un 22% , comerciantes con un 7.3% y otras ocupaciones en un 7.3% (gráfica 3).

Con relación a la seguridad social, se encontró que el 41.4% tiene ISSSTE, el 34.1% IMSS, el 2.5% DIF y un 22% posee otro tipo de seguridad (privada ó INSEM) (gráfica 4).

Con referencia de con quien vive se encontró que un 56% vive con su esposo(a) é hijos, un 31.7% con algún familiar, vive solo el 9.8% y un 2.5% vive con otras personas (gráfica 5).

Acerca de sí ha tenido pérdida de apetito, se encontró que el 53.7% si lo ha tenido, y el 46.3% no ha tenido pérdida de apetito (gráfica 6).

Con relación a la pregunta ¿Usted acepto el tratamiento protodóntico porque sentía que las condiciones de su boca ya no eran las ideales para poder comer?. El 97.5% respondió que sí, el 2.5% contesto que no (gráfica 7).

Respecto a si su familia lo animó para que decidiera hacerse el tratamiento, el 63.5% contesto que sí y el 36.5% contestó que no (gráfica 8).

Encontramos que 100% de los pacientes piensan que es importante que tengan su dentadura postiza .

Con relación a que si pueden comer igual que como tenían sus dientes, el 14.6% respondió que sí y el 85.4% respondió que no (gráfica 9).

Al preguntar que si tienen un régimen de dieta por parte de su médico, el 44% dijo que no y el 56% dijo que si (gráfica 10).

Encontramos que el 60% dijo que su prótesis cumplía con las funciones masticatorias y el 40% que no (gráfica 11).

Se les preguntó a los pacientes que si su prótesis cumple con las funciones estéticas, el 73% respondió que sí y el 27% que no (gráfica 12).

El 63.5% de los pacientes dice que su prótesis cumple con las funciones fonéticas y el 36.5% dice que no (gráfica 13).

En la población entrevistada el 68.5% dice que le ha costado adaptarse a su prótesis y el 36.5% dice que no (gráfica 14).

En relación en que si el paciente acostumbra lavar su prótesis, el 100% respondió que sí.

Respecto a la limpieza de la boca, el 95% dijo que sí y el 5% dijo que no (gráfica 15).

Se les preguntó a los pacientes si han tenido molestias como ulceraciones, el 68.3% respondió que sí y el 31.7% que no (gráfica 16).

Se encontró que el 66% ha tenido desajustes en sus prótesis y el 34% no ha tenido desajustes (gráfica 17).

Con relación a la atención que recibió fue buena, el 88% respondió que si y el 12% que no (gráfica 18).

Se encontró que el 85% dice que su doctor fue respetuoso y el 15% dijo que no (gráfica 19).

En cuanto si el doctor les explicó, el manejo adecuado de su dentadura el 44% dijo que si y el 56% respondió que no (gráfica 20).

Se encontró que el 41.5% dijo que sí se le explicó el cómo conservar en buen estado de su dentadura y el 58.5% no le explicaron (gráfica 21).

Se encontró que el 73% se siente satisfecho con su prótesis y el 27% no se siente satisfecho (gráfica 22).

Para este estudio se realizaron 10 preguntas para poder evaluar el tópico psicológico, se para ello se utilizó la escala de Likert, esto fue para facilidad de los pacientes que fueron entrevistados.

El 68.3% piensa que si le ha afectado emocionalmente la pérdida de sus dientes naturales, el 9.7% dijo que algunas veces y el 22% dijo que no le ha afectado (gráfica 23).

Se les preguntó que si les afecto físicamente el no tener sus dientes; el 51% respondió que frecuentemente, el 22% respondió que algunas veces y el 27% que nunca (gráfica 24).

Se hizo la pregunta que si les ha afectado emocionalmente el no tener su dentadura; el 75% dijo que frecuentemente, el 12.2% que algunas veces y el 12.3% que nunca le ha afectado (gráfica 25).

En cuanto a que si su economía influyó para que no se realizara su tratamiento anteriormente; el 58% dijo que frecuentemente, 9.7% algunas veces y el 31.7% respondió que nunca (gráfica 26).

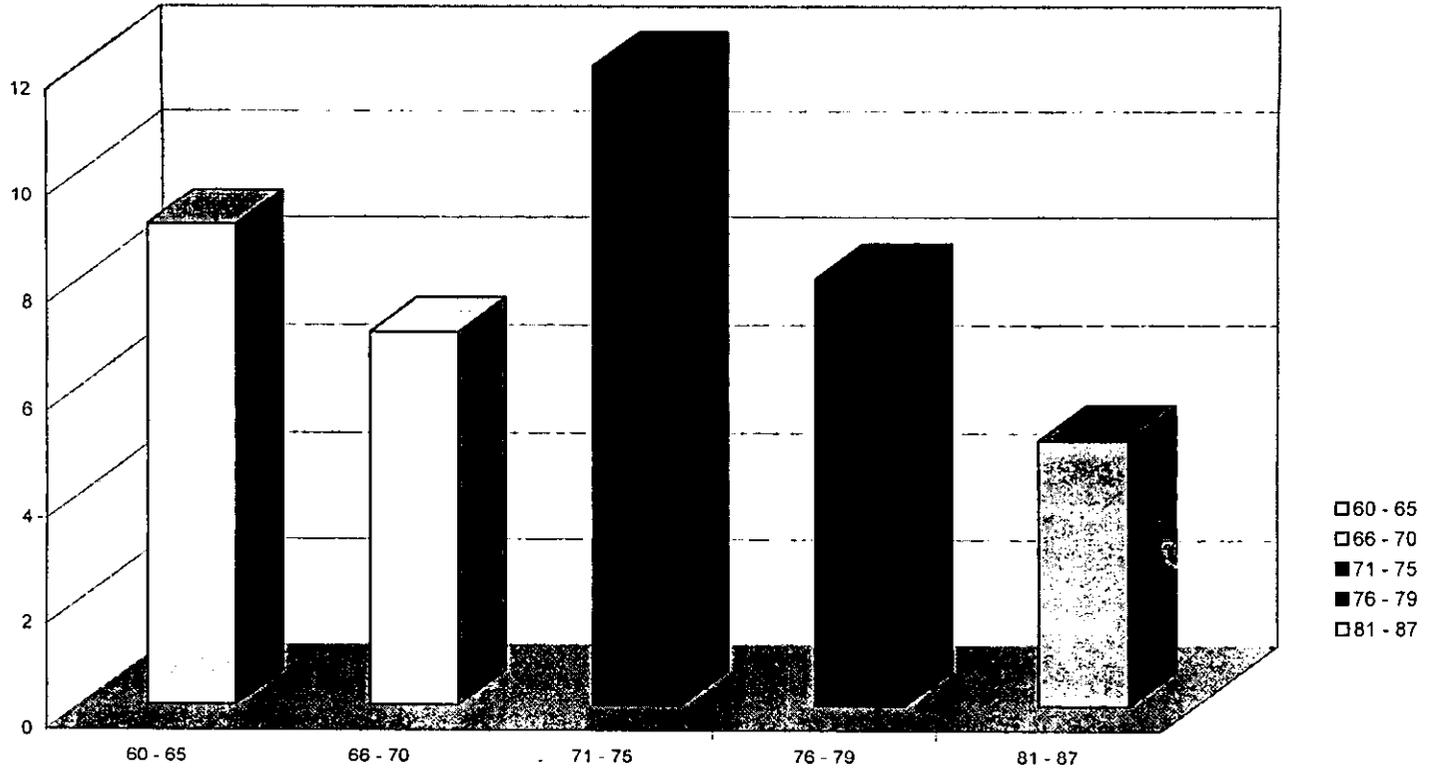
Se encontró que el 48% de los pacientes piensan que la ingesta de algunos alimentos influyó a la perdida de sus dientes, el 12% piensa que algunas veces influye la alimentación y el 40% piensa que nunca ha influido (gráfica 27).

Se les preguntó que si alguien les había propuesto hacerse el tratamiento, el 53% respondió que sí, el 7% que algunas veces y el 40% que nadie le había propuesto hacerse el tratamiento (gráfica 28).

El 24% de los pacientes entrevistados acostumbra dar masaje a sus encías, el 32% algunas veces y el 44% no lo acostumbra (gráfica 29).

## **GRÁFICAS Y TABLAS PORCENTUALES**

GRAFICA 1 EDAD



EDAD

60-65

66-70

71-75

76-79

81-87

PACIENTES

9

7

12

8

5

PORCENTAJE

22%

17%

29%

20%

12%

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES EN  
LA CLINICA DE PROSTODONCIA UNAM**

**SEXO**

**GRAFICA 2**



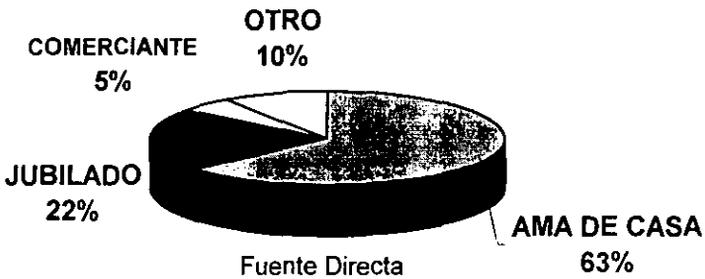
Fuente Directa

SEXO	PORCENTAJE
MASCULINO	29%
FEMENINO	71%

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES  
EN LA CLÍNICA PROSTODONCIA UNAM

OCUPACION

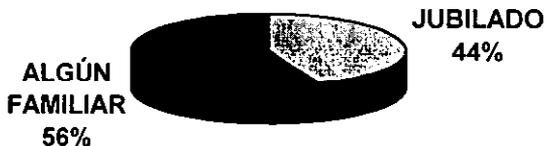
GRAFICA 3



OCUPACIÓN	PORCENTAJE
AMA DE CASA	63%
JUBILADO-PENSIONADO	22%
OTRO	10%
COMERCIANTE	5%

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES EN  
LA CLÍNICA DE PROSTODONCIA UNAM  
DEPENDENCIA ECONÓMICA**

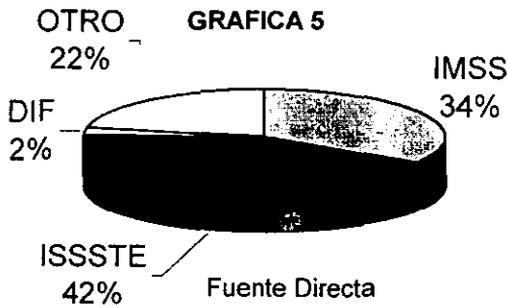
**GRAFICA 4**



Fuente Directa

DEPENDENCIA ECONÓMICA	PORCENTAJE
ALGÚN FAMILIAR	56%
JUBILADO-PENSIONADO	44%

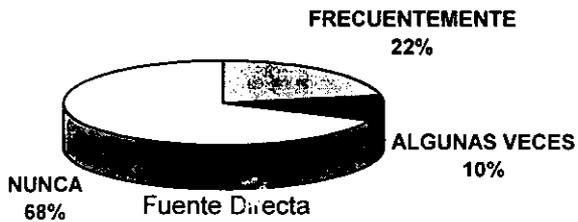
**EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN ADULTOS MAYORES EN LA CLINICA DE  
PROSTODONCIA UNAM  
SERVICIOS MEDICOS**



SERVICIOS MEDICOS	PORCENTAJE
ISSSTE	42%
IMSS	34%
OTRO	22%
DIF	2%

¿Emocionalmente piensa usted que le ha afectado no tener sus dientes?

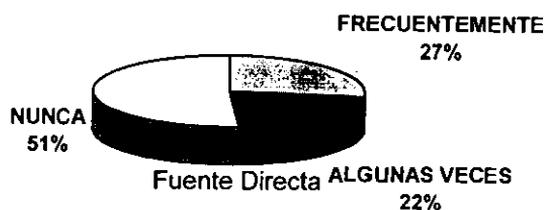
GRAFICA 6



AFECCIÓN PSICOLÓGICA POR NO TENER SUS DIENTES	PORCENTAJE
NUNCA	68%
FRECUENTEMENTE	22%
ALGUNAS VECES	10%

¿Le ha afectado físicamente no tener sus dientes naturales?

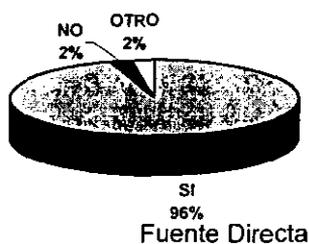
GRAFICA 7



AFECCIÓN FÍSICA POR NO TENER DIENTES	PORCENTAJE
NUNCA	51%
FRECUENTEMENTE	27%
ALGUNAS VECES	22%

¿Usted acepto el tratamiento porque sentía que las condiciones de su boca ya no eran ideales para comer?

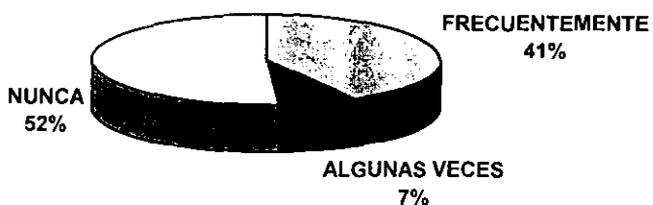
GRAFICA 8



ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO	PORCENTAJE
SI	96%
NO	2%
OTRO	2%

¿Anteriormente alguien le había propuesto que se hiciera el tratamiento?

GRAFICA 9

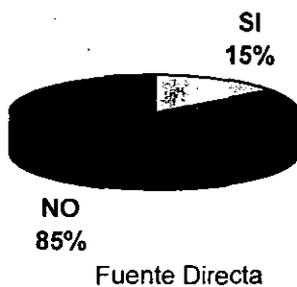


Fuente Directa

TRATAMIENTO PROPUESTO ANTERIORMENTE POR ALGUIEN	PORCENTAJE
NUNCA	52%
FRECUENTEMENTE	41%
ALGUNAS VECES	7%

¿Puede comer igual que cuando tenía sus dientes?

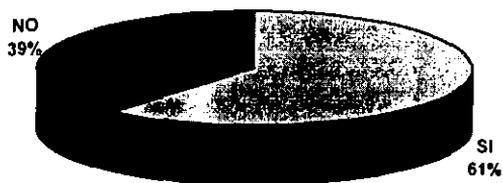
**GRAFICA 10**



<b>FUNCION MASTICATORIA SIMILAR QUE CON DIENTES NATURALES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NO	85%
SI	15%

¿Su prótesis cumple con las funciones masticatorias?

GRAFICA 11

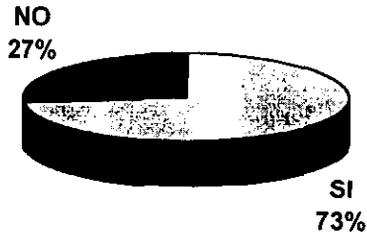


Fuente Directa

FUNCIÓN MASTICATORIA ADECUADA CON LA PRÓTESIS	PORCENTAJE
SI	61%
NO	39%

¿Su prótesis cumple con las funciones estéticas?

GRAFICA 12

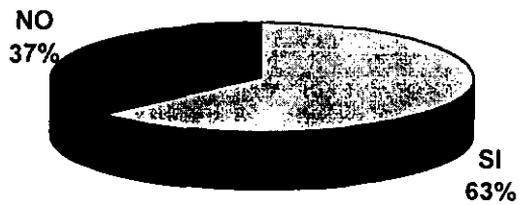


Fuente Directa

FUNCIÓN ESTÉTICA DE LA PRÓTESIS	PORCENTAJE
SI	73%
NO	27%

¿Su prótesis cumple con las funciones fonéticas?

GRAFICA 13

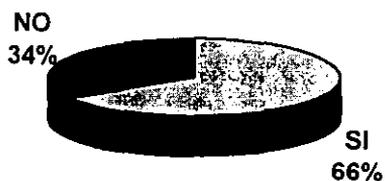


Fuente Directa

<b>FUNCIÓN FONÉTICA FAVORABLE CON LA PRÓTESIS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	63%
NO	37%

¿Le ha costado acostumbrarse a su prótesis?

GRAFICA 14

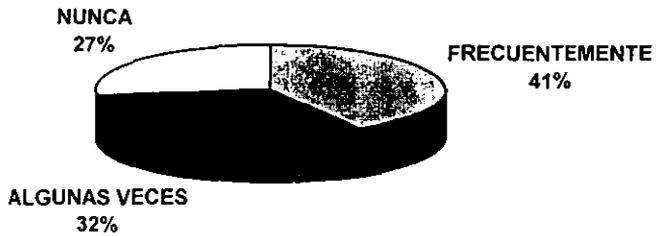


Fuente Directa

ADAPTACIÓN A LA PRÓTESIS	PORCENTAJE
SI	66%
NO	34%

¿Acostumbra usted darle masaje a su encias?

**GRAFICA 15**

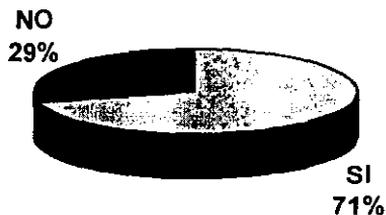


Fuente Directa

PACIENTES QUE DAN MASAJE A SUS ENCIAS	PORCERTAJE
FRECUENTEMENTE	41%
ALGUNAS VECES	32%
NUNCA	27%

¿ A tenido usted desajustes con su prostodoncia total?

GRAFICA 16

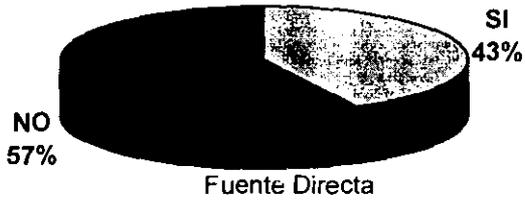


Fuente Directa

DESAJUSTES PRESENTES EN PROTESIS	PORCENTAJES
SI	71%
NO	29%

¿Su doctor le explico el manejo adecuado de su dentadura?

GRAFICA 17



INSTRUCCIONES DEL MANEJO DE LA PROTESIS	PORCENTAJE
NO	57%
SI	43%

¿Le explico como conservar el buen estado de su dentadura?

GRAFICA 18



Fuente Directa

INDICACIONES PARA CONSERVAR LA PROTESIS	PORCENTAJE
NO	56%
SI	44%

## 15.- CONCLUSIONES.

Es muy importante que hagamos mención que en el grupo de personas mayores encuestadas existió una gran participación en las repuestas durante nuestra investigación , así como remarcar que en este grupo de personas que acuden a la consulta Prostodóntica tienen diferentes afecciones psicológicas y emocionales corroborando así la hipótesis de investigación con un resultado entre 70 y 80 %.

Otro aspecto importante, es que de las personas encuestadas la mayoría (68%) le ha afectado emocionalmente la pérdida de sus dientes naturales. , además de indicar en un 85.4% que no se puede comer igual que cuando los tenían .

También podemos observar que la mayoría de este grupo poblacional le ha afectado la economía para el tratamiento prostodóntico, ya que casi todos dependen de otras personas o son jubilados, podemos observar por las respuestas que emitieron que dependen de las decisiones en su mayoría de las personas más jóvenes .

Cabe mencionar la importancia que tiene para la Facultad de Odontología la relación Médico – Paciente , ya que los resultados nos arrojan que en un 56% no se les indico como mantener su Prótesis y en proporciones parecidas no se les indico el manejo adecuado de su dentadura .

En lo referente al género podemos apreciar que las mujeres acudieron en un 73 % , indicando con ello que o las mujeres tienen un mayor alcance de vida o que son más cuidadosas en su salud que el varón.

Con base a lo anterior cabe mencionar que aunque se contó con tiempo limitado se obtuvieron datos sobre el nivel psicológico y emocional que tiene el personal adulto mayor en el tratamiento prostodóntico.

El análisis de los 41 encuestados nos lleva a determinar que los adultos mayores son más sensibles y necesitan mayor atención en todos los tratamientos odontológicos. El profesional debe de tomar en cuenta que el paciente adulto mayor tiene cambios psicológicos y emocionales en esta etapa de su vida, los resultados obtenidos nos reafirman la necesidad del Cirujano Dentista de contar con la información y formación que le tenga más capacitado y pueda brindar un Tratamiento Odontológico Integral

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Osawa Deguchi, José Y., Estomatología Geriátrica, Editorial Trillas, Ciudad Universitaria, D.F., 1991 pp. 17-58
- 2.- Laforest, Jacques, Introducción a la Gerontología, Editorial Herdel, México,D.F. 1991.
- 3.-Dirección de Promoción y Desarrollo Social Los Adultos Mayores, D.I.F., México, D.F, diciembre 1997.
- 4.- Athenas S. Papas, Geriatría Nutricional , México, D.F.1991  
Geriatry Dentistry Agregar and Oral Health.
- 5.- Turbifill W. Regaining Pleasure and with Complete Dentures Services Int J. Prostodont,
- 6.- Mersel A. Babayort I. Berkeyd, J.Variables Affecting denture satisfaction in Israel
- 7.-Osawa Deguchi, José, Prostodoncia Total, Editorial Trillas.México, D.F., 1991.
- 8.-Bates, J.F., Tratamiento Odontológico Del Paciente Geriátrico  
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. , México, D.F. 1990.
- 9.- Borges Yañes, Prevalencia de Caries Coronal y Radicular en la Población Anciana de la Ciudad de México , año 3 núm. 9 enero-marzo de 1999 ,División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM.

10.- Fericgla, Joseph, M., Envejecer: Una Antropología de la Ancianidad Editorial Anthropos, México, D.F. 1991.

11.- Fuentes Servin P. y Col. Reacción Psicológica de 100 personas de la tercera edad ante un tratamiento Odontológico

P. O. 15 (5): 51-53 México, D.F., 1991.

12.- Robles C. García S. El envejecimiento y sus repercusiones odontológicas P. O. 15(9): 20-23, México, D.F. 1989

13.- Katz D. Psicología de las edades, Ediciones Morata S.A. Madrid, España, 1983. pp.:123-130

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

# ***ANEXOS***

**ANEXO 1**  
**ENCUESTA DE ACTITUDES**  
**DEL ADULTO MAYOR**  
**EN EL TRATAMIENTO PROSTODONTICO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL EN LA TERCERA  
EDAD EN LA CLÍNICA VENUSTIANO CARRANZA**

**CUESTIONARIO: CONTESTE UNA SOLA OPCIÓN**

1. Edad \_\_\_\_
2. Sexo a) masculino b) femenino
3. Ocupación
  - a) ama de casa
  - b) jubilado o pensionado
  - c) comerciante
  - d) otro
4. Dependencia económica
  - a) jubilado /pensionado
  - b) Algún familiar
5. Derecho a seguridad social
  - a) IMSS
  - b) ISSSTE
  - c) DIF
  - d) Otra
6. ¿Con quién vive?
  - a) esposa e hijos
  - b) solo
  - c) algún familiar
  - d) otra

**INSTRUCCIONES** De las siguientes preguntas marque una opción

7. ¿Emocionalmente piensa usted que le ha afectado no tener sus dientes?
  - a) frecuentemente
  - b) algunas veces
  - c) nunca
  - d) Otra

8. ¿Le ha afectado físicamente no tener sus dientes?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

9. ¿Le ha afectado emocionalmente no tener sus dientes naturales?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

10. ¿Ha tenido depresiones por no tener sus dientes naturales?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

11. ¿Ha tenido usted pérdida de apetito?

- a) si
- b) no

12. ¿Cree usted que su economía ha influido para que no se haya hecho su tratamiento?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

13. ¿Cree usted que la ingesta de algunos alimentos influyó para la pérdida de sus dientes?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

14. ¿Usted aceptó el tratamiento protodóntico (placa total) porque sentía que las condiciones de su boca ya no eran los ideales para poder comer bien?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

15. ¿Anteriormente alguien le había propuesto que se hiciera el tratamiento?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

16. ¿Su familia lo animó para que decidiera hacerse el tratamiento?

- a) sí
- b) no
- c) otra

17. ¿Siente usted que es importante que tenga su dentadura postiza?

- a) sí
- b) no
- c) otra

18. ¿Puede comer igual que cuando tenía sus dientes?

- a) sí
- b) no
- c) otra

19. ¿Actualmente la dieta que acostumbra es blanda?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

20. ¿Actualmente tiene un régimen de dieta por parte de su médico?

- a) sí
- b) no
- c) otra

21. ¿Su prótesis cumple con las funciones masticatorias?

- a) sí
- b) no
- c) otra

22. ¿Su prótesis cumple con las funciones estéticas?

- a) sí
- b) no
- c) otra

23. ¿Su prótesis cumple con las funciones fonéticas?

- a) sí
- b) no
- c) otra

24. Le ha costado adaptarse y acostumbrarse a su prótesis?

- a) sí
- b) no
- c) otra

25. ¿Acostumbra usted a darle masaje a sus encías?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

26. ¿Acostumbra usted a lavar su prótesis?

- a) sí
- b) no
- c) otra

27. ¿Acostumbra usted limpiar su boca?

- a) sí
- b) no
- c) otra

28. ¿Ha tenido molestias con su protodoncia total (placa)?

- a) sí
- b) no
- c) otra

29. ¿Ha tenido usted desajustes con su protodoncia total (placa)?

- a) sí
- b) no
- c) otra

30. ¿La atención que recibió de su doctor fue buena?

- a) sí
- b) no
- c) otra

31. ¿Su doctor fue respetuoso con usted?

- a) frecuentemente
- b) algunas veces
- c) nunca
- d) otra

32. ¿Su doctor le explicó el manejo adecuado de su dentadura?

- a) sí
- b) no
- c) otra

33. ¿Le explicó como conservar el buen estado de su dentadura?

- a) sí
- b) no
- c) otra

34. ¿Se siente satisfecho con su prótesis?

- a) sí
- b) no
- c) otra

## LIMPIEZA

### Dentaduras postizas o parciales

\* Enjuague las dentaduras postizas con agua tibia y colóquelas de nuevo en el recipiente para dentaduras postizas. El lavado debe formarse con una toalla pequeña y llenarse hasta la mitad con agua. Esto evitará que la dentadura postiza se rompa, en caso de que se resbale de sus manos.

\* Aplique un limpiador de dentaduras postizas, detergente líquido o jabón de barra que no sea abrasivo en un cepillo para dentaduras postizas.

\* Cepille todas las superficies de la dentadura postiza.

\* Use el lado plano del cepillo para frotar las superficies exteriores de la dentadura postiza.

\* Use el lado más pequeño, con punta, del cepillo para limpiar las superficies interiores más difíciles de alcanzar de la dentadura postiza.

\* [Nota para las dentaduras postizas parciales] Limpie los ganchos metálicos cuidadosamente. Para evitar que se doblen.

\* Limpie minuciosamente todas las superficies de la dentadura postiza que hagan contacto con los dientes o tejidos. Debido a que estas superficies están en contacto estrecho con los dientes y los tejidos durante períodos prolongados, es importante que la placa bacteriana se remueva minuciosamente.

\* Enjuague las dentaduras postizas con agua tibia.

## ALMACENAMIENTO

\* Coloque las dentaduras postizas en un recipiente para las dentaduras con agua limpia y fría si es a la hora de dormir o si la dentadura postiza va a permanecer almacenada durante algún tiempo.

\* Asegúrese de limpiar minuciosamente la boca antes de volver a colocar la dentadura postiza.

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Cuidados Bucales  
en pacientes  
portadores de Prótesis  
Total

*Elaborado por:*

Juárez Hernández Luz Ma.  
Fuentes Rangel Juan Carlos

## DENTADURA POSTIZA

Ninguna dentadura postiza es permanente.

Con el tiempo, ocurren cambios en los huesos y tejidos suaves dentro de la boca. Esto afecta la manera en que se ajusta la dentadura postiza. Para asegurar que haya aun ajuste propio continuo, la persona que usa dentadura postiza debe someterse a un examen dental por lo menos una vez al año, de modo que se puedan hacer los ajustes necesarios. Este examen anual también le ayudará al dentista a estar al tanto de cualquier señal de cáncer bucal.

Si se necesita grandes cantidades de adhesivos, para mantener en su sitio una dentadura postiza, ésta debe ser alineada profesionalmente. El uso de una dentadura postiza que no está bien ajustada puede dañar el hueso de apoyo y el tejido suave. Esto aumenta el riesgo de contraer infecciones.

La dentadura postiza debe removerse por lo menos 6 horas todos los días. Esto permite que los tejidos descansen y alivia las encías de la presión de la dentadura postiza. La presión excesiva puede causar que los tejidos de apoyo de la dentadura postiza se encojan. La dentadura postiza debe mantenerse en agua cuando no esté en la boca para evitar que se deformen.

## BOCA SECA

La saliva juega un papel importante en mantener saludables los dientes, las encías, los tejidos bucales y la garganta. La saliva protege a los dientes y a las encías de las caries y las enfermedades. Esto lo hace eliminando las partículas de alimentos que quedan en la boca, limitando el crecimiento de las bacterias y enjuagando los dientes con minerales protectores, tales como el calcio y el fluoruro. La saliva también ayuda a humedecer y lubricar los tejidos suaves que recubren la boca para mantenerlos saludables.

## LIMPIEZA BUCAL



## LIMPIEZA DE LA DENTADURA

