

275



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ANOREXIA:
CAUSAS Y CONSECUENCIAS EN EL
PACIENTE GERIÁTRICO**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

FELÍCITAS JUÁREZ SOLÍS

DIRECTORA: C.D.M.O. CONSUELO B. LÓPEZ CORDERO
ASESOR: C.D. ROBERTO GÓMEZ GONZÁLEZ



México, D F

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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haber permitido que yo viviera y
pudiera *realizar mi primer meta propuesta.*

A MIS PADRES:

Porque gracias a su cariño,
guía y apoyo he llegado a realizar
uno de los anhelos más grandes de mi vida,
fruto del inmenso apoyo, amor y confianza
que en mí se depositó y con los cuales
he logrado terminar mis estudios profesionales
que constituyen el legado más grande
que pudiera recibir y por los cuales les viviré agradecida.
CON RESPETO Y MUCHO CARIÑO.

A MIS HERMANOS

En reconocimiento a todo el apoyo brindado
a través de mis estudios y con
la promesa de seguir adelante,
como siempre me han alentado.

GRACIAS

**DORMI Y SOÑÉ
QUE LA VIDA ERA ALEGRÍA
DESPERTÉ Y VÍ
QUE LA VIDA ERA SERVICIO
SERVÍ Y DESCUBRÍ
QUE EN EL SERVICIO
SE ENCUENTRA LA ALEGRÍA**

Gracias a todos y cada uno de los pacientes,
que nos dan la oportunidad de servir
ya que sin su ayuda no tendríamos
completa nuestra formación profesional.

A LA UNIVERSIDAD

*Por haber permitido ser parte de todo este
gran equipo, y así tener la oportunidad de
trabajar juntos por el beneficio de nuestros pacientes.*

GRACIAS

A MIS ASESORES Y PROFESORES

Por el apoyo brindado en mi investigación
y preparación profesional

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2. ANTECEDENTES..... | 3 |
| Enfoque cultural de la vejez | |
| 2.1.1. Tercera edad..... | 3 |
| 2.1.2. Ancianidad | 3 |
| 2.1.3. Senescente | 3 |
| 2.1.4. Adulto mayor..... | 3 |
| 2.2 Definición de Anorexia..... | 5 |
| 2.3 Envejecimiento y vejez: | |
| Relación con la nutrición del paciente geriátrico..... | 7 |
| 2.4 Factores que limitan la ingesta de alimentos..... | 10 |
| 2.5 Malnutrición | 14 |
| 3. ALTERACIONES RELACIONADAS CON ANOREXIA EN EL ANCIANO..... | 16 |
| 3.1 Factores orgánicos: | |
| a) Estado dentario..... | 16 |
| b) Menor sensación del gusto y del olfato..... | 18 |
| c) Disminución de agudeza visual y sordera..... | 19 |
| d) Secreción y motilidad gastrointestinal..... | 20 |
| e) Estreñimiento..... | 20 |
| f) Pérdida de la capacidad física..... | 21 |
| g) Alcoholismo | 22 |
| h) Tabaquismo | 22 |
| i) Uso de fármacos..... | 22 |
| -Factores de riesgo de reacciones medicamentosas en el paciente anciano | |

-Fármacos que se asocian a una disminución
de la ingesta de alimentos en los ancianos

j) Alteraciones mentales.....25

3.2 Factores psicosociales:

a) Depresión.....27

b) Jubilación.....30

c) Nivel socioeconómico.....31

d) Pobreza31

e) Nivel educativo.....32

f) Hábitos y costumbres.....32

g) Aislamiento.....32

4. CONSIDERACIONES ESPECIALES AL PLANEAR

LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES.....34

4.1 Consistencia de los alimentos.....34

4.2 Sabor34

4.3 Frecuencia de los alimentos.....34

4.4 El ambiente a la hora de comer.....35

5. MITOS Y PREJUICIOS FRECUENTES.....39

6. CONCLUSIONES.....42

7. GLOSARIO.....43

8. BIBLIOGRAFÍA.....45

1. INTRODUCCIÓN

La gerontología, como ciencia que estudia de manera integrada los procesos de envejecimiento del individuo, tiene entre sus objetivos el estudio de las causas que determinan los períodos de la vida característicos del ser humano. También es motivo de estudio la posible conexión entre el desarrollo y el envejecimiento y la búsqueda de métodos farmacológicos, alimentarios o ambientales que pudieran mejorar la calidad de vida del ser humano en el último período de su vida.

Siendo el estado nutricional un factor importante que influye en la calidad de vida del ser humano, y la alimentación del anciano depende del tipo de vida que lleve, según permanezca en situación sedentaria a consecuencia de las afecciones de la edad, o siga manteniendo cierta actividad física o ejerza aún una profesión.

La nutrición es un factor que tiene efectos importantes en el proceso de envejecimiento y en cualquier época de la vida, ya que contribuye al mantenimiento de la salud y también puede contribuir a que se desarrollen procesos patológicos como enfermedades crónico-degenerativas que ocasionan un envejecimiento con baja calidad de vida.

La malnutrición es el término utilizado para describir no sólo los estados patológicos que provengan de una dieta deficiente de nutrientes esenciales o exceso calórico sino que incluso por cualquier desviación en el modelo dietético que pueden resultar en un factor de riesgo indeseable o que puede ser detectado por un examen médico.

La anorexia es un factor determinante en la malnutrición del anciano, y es un proceso multifactorial, pasando muchas veces desapercibidos los signos y los síntomas que llevan al individuo a una malnutrición y con el paso

del tiempo va alterando el estado de salud del anciano. El identificar estos signos y síntomas es el objetivo principal de esta investigación.

Tomando en cuenta: los recursos económicos de nuestra sociedad, las diferencias sociales, la inadecuada atención tanto médica como odontológica, las alteraciones propias de la vejez, los factores que favorecen un estado psicológico inadecuado y los medicamentos que utiliza el paciente geriátrico tienden a que su nutrición pueda ser limitada e incompleta teniendo como resultado desnutrición en diferentes grados.

El envejecimiento supone cambios importantes en el sistema biológico del hombre, pero no sólo se trata de este problema, las personas que llegan a los 60 años y aún antes se encuentra que, además de los cambios somáticos y alteraciones propias de la edad, tienen que enfrentarse con situaciones nuevas y adaptarse a ellas como son: la jubilación, disminución de recursos económicos, pérdida progresiva de seres queridos, descenso de facultades físicas, alteraciones psicológicas y de personalidad.

2. ANTECEDENTES

ENFOQUE CULTURAL DE LA VEJEZ

Según el grupo social que se trate, para referirse a la vejez se utilizan expresiones tales como: tercera edad, ancianidad, senescente y adulto mayor.

2.1.1 TERCERA EDAD

Es una etapa de la vida que transcurre desde los 60 años hasta el momento en que pierde la independencia y la autonomía en el desarrollo de sus actividades diarias.

2.1.2 ANCIANIDAD

Es un término que sugiere cierta segregación que contraría los esfuerzos culturales para hacer de la vejez una etapa normal de la vida. Cristaliza, en cierta medida, un estado de pasividad y resignación ante lo inevitable

2.1.3 SENESCENTE

Reproduce en forma más atenuada los problemas de la palabra ancianidad. Implica una declinación progresiva e inevitable que dificulta el llamado a una vida activa en la vejez.

2.1.4 ADULTO MAYOR

Corresponde a una etapa de la vida que, en las condiciones actuales, dura más de 20 años. Facilita la exigencia de llevar durante la vejez una vida activa, independiente, que se expresa de distinta manera en el periodo de inactividad laboral o jubilación. Facilita la identificación de los problemas de salud al continuar las prácticas preventivas del adulto activo en materia de

nutrición, ejercicios, controles médicos periódicos y un estilo de vida atractivo y personal.¹

2.2 DEFINICION DE ANOREXIA

Es la falta o pérdida de apetito

Anorexia nerviosa: estado psicofisiológico, que suele observarse en muchachas y mujeres jóvenes, caracterizado por incapacidad grave y duradera de comer o renuncia a hacerlo, a veces acompañados de vómitos espontáneos provocados, adelgazamiento extremado, amenorrea en las mujeres

Es un trastorno grave de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida.²

La falta de apetito suele acompañar a las personas mayores a una despreocupación en todo lo relacionado con su cuidado personal. Una disminución en la percepción organoléptica de los menús puede justificar en parte este factor.

En las personas ancianas es frecuente la instauración depresiva y de estados de desinterés de etiología endógena y exógena, que se manifiestan exclusivamente en la negación del alimento o en apetencias selectivas.³

La diferencia que se pudiera encontrar entre la anorexia en el anciano y la anorexia nerviosa es que esta última se va a presentar principalmente en jovencitas, las cuales quieren tener un aspecto agradable en cambio los adultos mayores esta falta de apetito se puede relacionar a los cambios fisiopatológicos así como también a aspectos psicológicos en los cuales va a predominar la depresión, angustia por sentir la culminación de su vida.

En las personas mayores se puede presentar de dos maneras el rechazo al alimento

Rechazo activo: el individuo invoca diferentes pretextos para no alimentarse: falta de apetito, mala calidad o una cantidad excesiva de comida. Este rechazo puede asociarse a una agresividad con respecto a la familia o al personal asistencial.

Rechazo pasivo: el paciente está asténico, apático, no se resiste a la introducción activa de los alimentos, pero no los deglute o los deglute con dificultad.

En ambos casos, debe analizarse el clima en el que se ha instaurado el trastorno, así como la personalidad previa y los antecedentes del paciente.

La malnutrición es un estado de equilibrio negativo entre el aporte de nutrientes a los tejidos y sus requerimientos, debido a una ingesta inapropiada en la dieta o bien a una utilización inadecuada de esta por el organismo. ⁴

2.3 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ: RELACIÓN CON LA NUTRICIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Se debe entender como envejecimiento a un proceso que se inicia desde el nacimiento y termina con la muerte

Mientras que vejez se define como una etapa de cambios significativos caracterizados por los procesos irreversibles de envejecimiento, especialmente por la angustia existencial que la idea de muerte provoca en las personas.

La vejez es quizás la etapa más difícil dentro de los procesos evolutivos del hombre y el factor más angustiante es la vivencia de envejecer, esto representa una disminución de todas sus capacidades tanto corporales, psicológicas como sociales

Con frecuencia envejecer se asocia a debilidad, enfermedad y pérdida de vitalidad. A menudo se supone que los individuos de edad avanzada constituyen una carga para el Estado, su familia y para ellos mismos. Sin embargo, esto no siempre es así. Cada vez es mayor el número de ancianos que llevan una vida satisfactoria y mantienen bien su salud más allá de las expectativas sociales.⁵

Al avanzar la edad existe una pérdida progresiva en los niveles físicos y mentales que tienden a producir una serie de angustias: sentimientos de vulnerabilidad, de marginación, de impotencia física que crean más angustia, lo que el individuo trata de vencer para poder adaptarse a su medio ambiente.

La vejez se caracteriza por la atrofia, hipofunción causada por el envejecimiento, pérdida de agua y aumento de las enfermedades

degenerativas que producen estados de invalidez y dependencia (de otras personas para una adecuada atención del anciano) ⁶

El envejecimiento es un proceso irreversible y por el momento inevitable, que se inicia o se acelera al alcanzar la madurez, después de concluir el desarrollo entre los 20 y los 30 años de edad. ⁷

En la infancia, adolescencia y juventud, también hay envejecimiento, pero en estas etapas no se toma como tal ya que se denomina evolución o madurez y en la edad adulta ya no se aplican estos términos sino que se dice que lo que existe es involución o envejecimiento. Así podemos decir que el máximo de la evolución se llama vejez.

Todos los periodos de la vida desde la niñez hasta la vejez, implican ciertos cuidados y provisiones en la alimentación con el fin de mantener una salud óptima.

Para lograr una mayor calidad de existencia se requiere que desde etapas muy tempranas se pongan en práctica medidas preventivas para evitar el deterioro y lograr que el individuo se mantenga lo más saludable posible.

Generalmente, los órganos, aparatos, sistemas y procesos metabólicos que pierden eficacia como resultado del envejecimiento fisiológico, no exigen modificaciones en la ingestión de alimentos.

El estado nutricional de las personas mayores de 65 años es variable de persona a persona porque está influido por la herencia, el ambiente, el estado nutricional de años anteriores, sus hábitos y tradiciones, pero es definitivo, la mayoría tiende a desnutrición.

Existe una relación compleja, dinámica e inseparable entre la nutrición, la salud y la enfermedad. La buena nutrición a lo largo de nuestras vidas nos ofrece la posibilidad de gozar una más vigorosa y abundante. Los efectos acumulados a lo largo de la vida de deficiencias y/o excesos nutricionales se ven mayormente expresados en las etapas tardías de la vida, o sea, en los ancianos.

El proceso de envejecimiento involucra cambios en varios órganos que conducen a un decremento en funciones fisiológicas y a la vez un aumento en la posibilidad de desarrollar una enfermedad. Sin embargo, hay que recalcar que el proceso de en **envejecimiento NO** es *sinónimo* de **enfermedad**.

Aunque se acepta que las personas mayores de 65 años no forman un grupo homogéneo, todas siguen ciertas tendencias aunque en grados variables según su edad, grupo étnico, variables nutricionales y ambientales.

El estado de nutrición de las personas de la tercera edad está condicionado por toda una serie de factores, como son, su grado de integración familiar, social, causas de tipo económico, impedimentos físicos o mentales, trastornos digestivos o la existencia de una patología que limite o dificulte una alimentación normal.

Los hábitos alimentarios se encuentran configurados hace tiempo y han ejercido una influencia sobre el estado de nutrición actual de las personas y a medida que avanza la edad se produce una reducción progresiva en el metabolismo y la actividad física y laboral, por lo que disminuye el gasto energético.

Por ejemplo, entre los 65 a 74 años - edad promedio de la ancianidad- se reduce en un 20 % el gasto energético. Si no se produce paralelamente

una reducción de la ingesta alimenticia, se originara obesidad y esta demostrado que un peso superior al normal acorta sensiblemente la posibilidad de vida, además de restarle agilidad al sujeto.

Las normas generales que deben preceder la dieta del anciano serían: un suficiente aporte calórico de acuerdo a su necesidad, aporte proteico que, de no haber contraindicación, deberá ser de un gramo por kilo de peso y una dieta moderada de hidratos de carbono, pobre en grasas con predominio de los aceites sobre las grasas animales y rica en vitaminas y minerales.

El consumo de grasas deberá reducirse en el anciano, estas producen indigestión en las personas de edad debido a la reducción de flujo de jugos gástricos, hepático y pancreático, necesarios para la asimilación de las grasas y su consumo puede contribuir a los problemas relacionados con el colesterol sanguíneo.

2.4 FACTORES QUE LIMITAN LA INGESTA DE ALIMENTO EN EL ANCIANO

Las principales limitaciones que pueden incidir sobre una alimentación normal del anciano serían:

- Disminución del apetito como factor psicológico.
- Los sentidos del gusto y del olfato cambian, haciendo que aparentemente la comida cambie de sabor.
- La reducción en la actividad de las glándulas salivales conduce a resequeidad en la boca, haciendo difícil masticar y deglutir
- La pérdida de los dientes es común, causando problemas para morder y masticar.⁸

XEROSTOMÍA

También llamada sequedad bucal, es el trastorno más frecuente de los relacionados con una alteración en la función salival. Puede asociarse a una reducción en la producción de saliva, pero también a una alteración de los factores lubricantes, a receptores sensitivos defectuosos. Los pacientes con una disfunción verdadera de las glándulas salivales presentan síntomas típicos, como dificultad para deglutir alimentos secos, necesidad de tomar líquidos al intentar deglutir, sequedad de boca y de los labios durante las comidas y dificultad para hablar durante un tiempo prolongado.

Son signos importantes un aumento reciente e inesperado de caries dentarias (especialmente cervicales), y la ulceración, eritema o pliegues de la mucosa. Sin embargo, el aspecto de la mucosa puede ser normal, incluso en presencia de una disfunción glandular.⁴

Una de las preocupaciones crecientes que conlleva el número cada vez mayor de los ancianos en los Estados Unidos es la idoneidad de su estado nutricional. Cualquier médico debe saber valorar el estado nutricional de una persona anciana, con el fin de mantener en lo posible este estado en situación óptima y promover la curación. La valoración nutricional debe tener una norma habitual no sólo en los ancianos con problemas agudos, sino también en la consulta y en los centros de atención crónica.

Entre los aspectos que se deben incluir e interrogar para valorar la ingesta de alimentos comprenden:

- Selección de los alimentos
- Prótesis mal ajustadas
- Problemas de deglución
- Consumo de alcohol
- Uso de laxantes

- Suplementos dietéticos
- Tabaquismo
- Exposición solar
- Aislamiento
- Facilidad para la preparación de los alimentos
- Antecedentes de depresión/enfermedad mental aguda
- Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria
- Capacidad física para preparar las comidas
- Situación económica
- Comidas servidas a domicilio
- Grado de actividad física

Estos son los factores de riesgo que incluyen en la idoneidad de la ingesta. La mayoría de ellos se relacionan con la cantidad que se ingiere, sin embargo una mala selección de los alimentos también puede conducir a una mala nutrición o a enfermedades que se relacionan con deficiencias o excesos concretos de la dieta.

2.5 MALNUTRICIÓN

Se define como el estado que ocurre ante un desequilibrio excesivo o deficiencia de un determinado nutriente, en relación con la demanda fisiológica.

La malnutrición primaria obedece al consumo inadecuado de alimentos, con la consiguiente deficiencia dietética. La malnutrición secundaria es la deficiencia que obedece a una enfermedad

En el anciano suelen coexistir los casos de malnutrición primaria y secundaria.

Las enfermedades crónicas de los ancianos suelen predisponer a una ingesta dietética insuficiente, lo cual causa cambios crónicos, que son difíciles de separar de los efectos de las enfermedades crónicas.

Cuando se trata de pacientes ancianos, es necesario sospechar siempre una posible deficiencia nutricional, existen muchos factores que se relacionan con los cambios fisiológicos y aspectos psicosociales del envejecimiento, factores económicos, funcionales, enfermedades crónicas y tratamientos médicos que influyen en la ingesta de los alimentos.

En la actualidad es frecuente tratar en el consultorio dental a pacientes mayores de 65 años de edad, dado el aumento de la esperanza de vida y el descenso en la proporción de ancianos edéntulos. Por otro lado, constituyen un grupo particular y especial, en primer lugar por la acumulación de efectos fisiológicos, patológicos, traumáticos y yatrogénicos en la dentadura. Las múltiples restauraciones en diversos estados de reparaciones anómalas, las

piezas dentales faltantes y en posición anormal y la atricción o desgaste de la cara oclusal son características típicas de la cavidad bucal del anciano.

De manera característica, las piezas dentales de las personas de la tercera edad tienen trabajos de restauración, que pueden mostrar signos de rotura marginal, fallas de material utilizado y otros signos de tratamientos anteriores

El aspecto clave para la integración satisfactoria de la información dental y extra dental es la valoración dental geriátrica: la identificación y ponderación de todos los factores importantes de las personas de la tercera edad antes de emprender el tratamiento.¹⁰

3. ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ANOREXIA EN EL ANCIANO

3.1 FACTORES ORGÁNICOS

a) ESTADO DENTARIO

El contar con las piezas dentales en buenas condiciones es importante no sólo para la masticación y nutrición, sino que juega un papel relevante en la estética de la persona así como en el mecanismo del lenguaje y la calidad de vida.

En nuestro medio, la mayor parte de los ancianos presenta problemas en la masticación como consecuencia de dentadura defectuosas, prótesis inadaptadas y un porcentaje cada vez más limitado de desdentado.

La maloclusión, la ausencia en menor grado de piezas dentarias y las dentaduras mal ajustadas, pueden ocasionar que los ancianos eviten la ingesta de determinados alimentos, como las carnes, frutas y verduras crudas, pan y frutas secos.

Por otra parte conviene recordar que en la cavidad oral se realiza el primer proceso digestivo, tanto desde el punto de vista mecánico como en el aspecto enzimático

Una masticación y ensalivación defectuosa, unida a cierta disminución en el volumen de secreción salival y en la actividad de la tialina pueden inducir sobrecarga a los compartimentos digestivos subyacentes

Un mal estado de la dentadura hace que el anciano evite los alimentos duros y frescos que deben masticarse, aumentando el tiempo de cocción de

aquellos, con lo que el valor nutritivo disminuye. La ingesta de proteínas de origen animal resultan especialmente limitadas por la deficiencia masticatoria.¹¹

Cuando es necesario la utilización de prótesis, la posibilidad para masticar con la prótesis es mucho menos, si se compara con los dientes naturales, algunas prótesis no se ajustan bien y producen molestias y con frecuencia no se utilizan para comer.

La odontología no sólo pretende mantener la integridad a través de los tratamientos de reemplazo y sostén, sino que la meta es la prevención mediante el cuidado y limpieza de toda la cavidad bucal y en especial de las piezas dentales, ya que así se mantiene un equilibrio de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales que dan la posibilidad de conservar su función integral de manera adecuada.

La boca puede ser el reflejo de la educación sanitaria (por el estado de higiene que guarde), del estado nutricional (tipo y calidad de mucosas y lengua), el reflejo de padecimientos sistémicos.⁷

Para prevenir la pérdida de dientes es necesario controlar las enfermedades dentales. El edentulismo refleja aspectos negativos de la asistencia odontológica, en la que favorece la exodoncia más que la restauración dental, indicando los valores sanitarios y culturales de nuestra sociedad.

Las extracciones dentales por indicación prostodóncica contribuyen finalmente al estado edéntulo de nuestros ancianos. La falta de previsión y tratamiento de los dientes remanentes condena al anciano parcialmente desdentado a la pérdida total de su dentición.

El paciente de edad avanzada presenta un grado importante de incapacidad oral. Las funciones de masticar, hablar y tragar se dificultan gravemente a pesar del tratamiento protésico. Las consecuencias psicológicas y sociales son enormes, constituyendo un hecho traumático en la vida del anciano.⁵

b) MENOR SENSACIÓN DEL GUSTO Y DEL OLFATO

Gusto y el olfato adecuados son esenciales no sólo para una correcta selección de los alimentos, sino también para la protección frente a la ingesta de alimentos en mal estado.

La hipogeusia, disminución de la capacidad de apreciar sabores y la disgeusia, presencia de un mal sabor persistente en la boca, pueden asociarse a neuropatías, infecciones respiratorias altas, uso de fármacos, tratamientos dentarios, traumatismos, menopausia.

Es probable que la mayoría de los síntomas gustativos en el anciano estén en relación con el estado dentario y con una mala higiene bucal, por ejemplo, la presencia de un absceso dentario o periodontal puede ser responsable de que el material purulento distorsione las señales gustativas.

Además, muchos ancianos tienen dificultades para mantener una buena higiene oral, la mala higiene, en especial alrededor de dientes con restauraciones extensas, puede provocar sensaciones gustativas molestas y crónicas.

Reducen a veces las posibilidades de disfrutar de la comida y explican la menor ingesta de alimentos. Las papilas gustativas desaparecen de una forma progresiva, sobre todo en la parte anterior de la lengua, con lo que disminuye la capacidad para diferenciar los sabores dulces y salados. Este

hecho también influye en las preferencias alimentarias y puede determinar el consumo excesivo de dulces o de sal, con una dieta poco equilibrada

Una función adecuada de las glándulas salivales es esencial para todos los aspectos de la función oral. La producción salival en reposos protege los tejidos orales, y el flujo salival estimulado es necesario para la nutrición.

La saliva es necesaria para la formación y translocación de un bolo alimenticio, para la lubricación y el mantenimiento de la integridad de la mucosa oral y para la prevención de la desmineralización y la remineralización de los dientes.

Por otro lado, la producción de saliva también disminuye, lo que altera la sensación del gusto y la capacidad para masticar.

c) DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL Y SORDERA

Se asocian a menudo a una menor capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Además, influyen en las posibilidades que tiene el paciente de recibir asesoramiento dietético y seguir estas instrucciones.

La vista y la audición se deterioran de manera importante en más de la mitad de los ancianos. En la percepción de los colores, la distorsión mayor se produce en torno al espectro azul. Las personas mayores distinguen mejor, en general, los colores rojos, anaranjados y amarillos

Esta peculiaridad de percepción diferencial de los colores sugiere que los platos de alimentos serán más atractivos si están presentes alimentos pertenecientes a espectros diferentes. Esto es, combinar en la capa externa del plato alimentos de contraste rojo-verde.

La capacidad auditiva sufre una pérdida importante en el 30% de las personas mayores de 65 años. Al margen de la dificultad de comunicación interpersonal, la pérdida de agudeza auditiva puede presentar de manera indirecta un factor negativo en, la nutrición de los ancianos.

d) SECRECIÓN Y MOTILIDAD GASTROINTESTINAL

La hipoclorhidria, la progresiva disminución de los portadores intraluminales del intestino y la pérdida variable de la superficie de absorción útil, puede dificultar en algunos casos la absorción de hierro, vitamina B₁₂, calcio y folatos.³

La disminución del vaciamiento esofágico y gástrico y el aumento del tiempo de tránsito intestinal se acompañan también de una saciedad precoz de saciedad y anorexia.

e) ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es una molestia frecuente que afecta a personas mayores de 65 años, agravándose cuando el individuo tiene hábitos sedentarios o cuando está permanentemente en cama.

El estreñimiento no tiene una definición exacta mas se entiende como la necesidad de sobreesforzarse para defecar heces duras y deshidratadas. Es decir, una incapacidad para evacuar o vaciar a satisfacción el contenido del intestino.

El estreñimiento es causado por varios factores entre los que destacan. la escasez de fibra en los alimentos, insuficiente ingestión de líquidos (principalmente agua) y calorías, la depresión, confusión, debilidad e inmovilidad.

Factores que pueden contribuir al estreñimiento en personas de edad avanzada:

- 1 Ingesta deficiente de líquidos
2. Dieta pobre en fibra
- 3 Disminución de las funciones motoras y del tono muscular del intestino
- 4 Disminución del tono muscular abdominal
5. Falta de actividad física, sedentarismo, inmovilización prolongada
6. Pérdida de reflejo de defecación
7. Abuso de laxantes.
8. Lesiones orgánicas en el intestino grueso o en la región anorrectal

f) PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD FÍSICA

Los cambios físicos que ocurren con el envejecimiento y las enfermedades relacionadas con la edad como la artrosis y la enfermedad de Parkinson pueden determinar una pérdida de la capacidad física. Se ha demostrado en algunos estudios que el estado nutricional se reduce en los enfermos con una situación funcional desfavorable.

Cuando la elección de los alimentos queda restringida por problemas masticatorios o por limitaciones físicas que impiden preparar la comida, el resultado suele ser una dieta rica en hidratos de carbono, los cuales suelen ser más económicos y requieren menos preparación.

El anciano impedido tiende a restringir su alimentación su alimentación a favor de artículos sencillos como el pan, que sacian pronto su apetito.

Las dietas ricas en hidratos de carbono producen distensión gástrica y sensación de **saciedad precoz**, con lo que se reduce más la ingesta calórica y se desplazan más otros grupos de alimentos esenciales.

g) ALCOHOLISMO

Los ancianos que se procuran un elevado porcentaje calórico a través de las bebidas alcohólicas, sin duda quedarán cortos en la ingesta de otros elementos con valor nutritivo indispensable.

h) TABAQUISMO

El tabaquismo es objetable a cualquier edad, pero en los ancianos puede ser aún más perjudicial. No sólo produce halitosis típica del fumador, sino que disminuye la capacidad gustativa así como inhibe la sensación del olfato que se interrelaciona con el gusto.

Además puede producir cambios premalignos en mucosa oral o hasta un carcinoma epidermoide.

El paciente debe ser advertido del riesgo que implica fumar cigarros, pipas o puros. Las mujeres posmenopáusicas con bajos niveles de estrógenos corren el mismo riesgo.

El enjuagarse la boca con una solución antiséptica antes de las comidas favorece y estimula los sentidos del gusto y el olfato.

i) USO DE FÁRMACOS

En geriatría, el uso de los medicamentos de manera segura y efectiva es un verdadero reto, puesto que todos los fármacos tienen efectos secundarios. Como el anciano tiene varias enfermedades, le son prescrito varios medicamentos, además de las recomendaciones de los familiares, amigos y vecinos, de modo que llega un momento en el anciano que llega a tener hasta 10 o más medicamentos.

Es conocido que los ancianos responden de una manera mas acentuada a la mayoría de los medicamentos, así pues, las dosis deben ser ajustadas por su médico en función de la respuesta del anciano en particular y no creer que como le sirvió a su compadre causará la misma respuesta en él.

En 1984 la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó la atención sobre los siguientes aspectos.

1. El elevado porcentaje de ancianos que consumen algún medicamento (entre 65 y 95%)
2. La elevada incidencia de reacciones secundarias a fármacos (10% entre los 40 y 50 años, 25% en las personas mayores de 65-70 años).
3. Entre el 3 y el 10% de los ingresos en un hospital se deben a reacciones secundarias a fármacos; un tercio de estos son viejos.
4. El uso indiscriminado de fármacos de utilidad dudosa, entre los que se encuentran los fármacos que contrarrestan la hipertrofia prostática.

La OMS define a las RAM como cualquier respuesta a un fármaco que sea nociva o indeseable y que se produzca con las dosis utilizadas en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) constituyen la forma más frecuente de yatrogenia.

-Factores de riesgo de reacciones medicamentosas en el paciente

anciano:

Edad avanzada

Sexo femenino

Número elevado de fármacos consumidos

Dosis y duración de tratamientos mayores

Reacciones adversas previas

Valoración clínica inadecuada.

Mal cumplimiento terapéutico

Automedicación

Estado nutricional alterado

Alteraciones de la farmacocinética y la farmacodinamia ²⁶

**FÁRMACOS QUE SE ASOCIAN A UNA DISMINUCIÓN DE LA
INGESTA DE ALIMENTOS EN LOS ANCIANOS**

Anorexia

Alcohol

Digital

Hidroclorotiacida

Triamterene

Quimioterapia antineoplásica

Irritación gástrica

Sales de hierro

Teofilina

Salicilato y AINE

Antibióticos (eritromicina y tetraciclina)

Hipogeusia

Alupurinol

Clindamicina

Antihistamínicos

D-penicilamina

Con efecto anti-colinérgico

Atropina

Fenotiacidas

Antidepresivos

tríclicos

¿Senilidad o efectos colaterales?

Mito: Todos los pacientes de edad avanzada que presentan síntomas relacionados con el envejecimiento (tales como somnolencia, pérdida de la memoria y confusión, son seniles.

Realidad: Muchos síntomas atribuidos a la senilidad son realmente efectos colaterales de medicamentos prescritos para las personas de edad avanzada.²⁵

j) ALTERACIONES MENTALES

La pérdida de la memoria provoca indiferencia respecto al consumo de los alimentos: los pacientes olvidan si comieron o no en el transcurso del día; también pueden alterarse los mecanismos que alteran los mecanismos que estimulan el apetito provocando anorexia, los individuos no identifican normalmente la necesidad de comer.

La alteración del juicio impide la realización de actividades como la adquisición y preparación de los alimentos. El uso de utensilios de cocina se vuelve complicado y difícil, lo que provoca dependencia.

Tienen que esperar a que otros les lleven la comida o que alguien esté pendiente de lo que comen

La demencia también suele acompañarse de aumento en los requerimientos de calorías, sobre todo en la etapa de gran actividad por alteraciones del movimiento y ansiedad.⁷

Ocasionan una pérdida de la coordinación neuromuscular, con lo que disminuye la capacidad de manipular utensilios y preparar alimentos.

La tercera edad implica en el hombre una serie de cambios en las actividades del sistema nervioso central acompañado de un declive progresivo de las funciones metabólicas.

La demencia senil es esencialmente una pérdida progresiva y rápida de las facultades intelectuales que va asociado a una desorganización igualmente progresivo y rápida de la personalidad, todo esto va acompañado de una declinación progresiva de la vitalidad y facultades físicas.

Se dice que la demencia senil va en aumento, pero esto se debe a que también a aumentado la longevidad. Al aumentar la duración de la existencia, la medicina no ha conseguido hasta el momento, preservar al mismo tiempo a los individuos contra los procesos degenerativos de envejecimiento, por otra parte las condiciones de la vida moderna, especialmente en las ciudades han vuelto a las familias, cada vez menos tolerantes con respecto a los ancianos más o menos deteriorados.

En algunos casos la forma de inicio es un síndrome de depresión que va desde la depresión ligera con preocupaciones hipocondríacas hasta los grados severos de melancolía ansiosa típica con delirios de autoacusación y persecución.

La higiene oral de estos pacientes es extremadamente pobre, si se le compara con la de otros de la misma edad. Asimismo, descuidan su estado prostodóncico y presentan las prótesis rotas y deterioradas

Como consecuencia de su déficit intelectual, alteran su nutrición, seleccionando una dieta rica en hidratos de carbono y en algunos casos pobres en fibra y proteínas.

3.2 FACTORES PSICOSOCIALES

Además de los cambios funcionales, existen otros factores, generalmente de origen externo (psicosociales), que afectan el tipo de alimentación de un anciano en forma directa o indirecta:

a) DEPRESION

Los déficit nutritivos constituyen una complicación frecuente de los trastornos depresivos. Se han postulado diversas hipótesis en relación con la patogenia de la anorexia en la depresión, disminución de los niveles de opioides, noradrenalina y serotonina; incremento de las cifras de hormona liberadora de corticotropina y de los niveles de colecistocinina. Las deficiencias de algunos nutrimentos pueden provocar depresión, y los síntomas depresivos exacerbaban estas deficiencias, creándose un círculo vicioso.

La pérdida de interés por lo que acontece a su alrededor, la disminución del apetito y la inmovilidad son algunos de los síntomas que hacen sospechar la presencia de depresión. Muchas veces, los ancianos deprimidos tienen preferencias alimentarias peculiares, ingieren un solo tipo de nutrimento, conducta que hace pensar en regresión y dependencia.

Es difícil tratar al anciano depresivo que ha disminuido la ingestión de alimentos por debajo de los requerimientos diarios. Actualmente se dispone de preparaciones comerciales que pueden aportar una cantidad adecuada de proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas y oligoelementos. Sin embargo su costo es alto y su sabor no siempre es agradable.

Insistir en los beneficios de la buena nutrición a un paciente deprimido a veces resulta ser un diálogo de sordos. Es utópico suponer que las

indicaciones se cumplirán al pie de la letra, habra que evaluar no solo el grado de desnutrición, sino también el nivel de depresión y el tipo de tratamiento. Es necesario tratar primero el trastorno depresivo para que el paciente vuelva a tener hambre ⁷

Con frecuencia se origina en algún padecimiento o en la pérdida progresiva de los seres queridos, y provoca un menor consumo de alimentos.

Es bien sabido que la depresión en el anciano es con frecuencia no detectada y por lo tanto, no tratada; siendo este un padecimiento *potencialmente tratable*. En pacientes de edad avanzada el "viejismo" es entendido como una serie de prejuicios negativos relacionados con la vejez y el envejecimiento, que presupone que el envejecimiento es sinónimo de depresión, deterioro, desnutrición, aislamiento, inmovilidad. Negando así la oportunidad de un envejecimiento saludable.

La depresión, no es una entidad única, es decir tiene diferentes formas de presentación caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza.

En el *síndrome depresivo*, además de efecto depresivo se presentan otros elementos que forman parte de un cortejo sintomático tales como: astenia, adinamia, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), del apetito (anorexia o hiperfagia), pesimismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, deseos de muerte y en ocasiones ideación suicida.

En el anciano el síndrome depresivo se acompaña con frecuencia de síntomas somáticos diversos, tales como: cefaleas, lumbalgias, sintomatología digestiva y urinaria, entre otras manifestaciones.

Es en esta época de la vida, cuando se presenta mayor número de pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y en la sociedad), las cuales, antes de su aparición constituían para el paciente fuente de gratificación.

Por tal razón, fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como sinónimo de minusvalía, y la consecuente pérdida de roles de trabajo y en la familia, determinen que los pacientes se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecerán una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad.

En su inevitable declive, el viejo ya no tiene aspecto tan agradable, no es alegre ni optimista y con sus sentidos atrofiados ocasiona molestias ya que en muchas ocasiones no puede valerse por sí mismo y requiere cuidados, atención y compañía casi constante.

Pocos gustan de la compañía de los viejos y en el ámbito social y familiar, abrevian el tiempo de los viejos y se limitan a lo estrictamente necesario, y algunos ancianos piensan que nadie desea que sigan viviendo. No se sienten necesitados o útiles para los demás.

Cuando un niño muere, se lamenta profundamente, tantas promesas y esperanzas significaba, cuando muere un joven, cuanta vida e ilusiones malogradas, si es un adulto, es sensible su pérdida por lo que la madurez y apoyo significaba. Pero si muere un anciano todos dicen a coro: ya era hora de que descansara, no era vida para él y es un descanso para todos.

Mientras mayor conocimiento se tenga sobre el envejecimiento psicológico normal, es posible que se contribuya a incrementar el número de

personas que envejecerán exitosamente en las generaciones futuras, creando una nueva cultura de envejecimiento.⁷

b) JUBILACIÓN

La jubilación es el cese obligatorio de la actividad laboral determinada por la edad (diferente en cada país) o por el tiempo que se ha laborado siendo diferente para el varón y la mujer. En general es a los 60 años de edad o después de 30 años de servicio. También es **pasar de una situación de trabajo a otra de inactividad.**

El significado de la palabra jubilación denota júbilo, alegría, sin embargo, también el diccionario incluye la connotación de desechar por inútil.

Los motivos que hacen que se deje la actividad productiva remunerada, o sea el trabajo, son muy variados. Algunos toman la jubilación con beneplácito porque el trabajo que desempeñan es muy duro o porque simplemente les desagrada y era obligatorio para la supervivencia a falta de otras oportunidades, otros más lo abandonan porque creen que tan sólo ya no pueden desempeñarse de manera adecuada por diversas razones, y por último, la mayoría lo hace de modo obligatorio porque la ley así lo dispone.⁷

La **jubilación genera** una cantidad de **tiempo libre** a los ancianos, que muchas veces les sobra. No sólo produce un vacío de tiempo sino una pérdida de prestigio, relaciones sociales y de expectativas de futuro. Es el momento de la vida en el que se reflexiona y se realiza un balance existencial. Se modifica en suma la interacción entre el anciano y su propio papel en la sociedad. Puede haber una pérdida de autoestima personal, predominando el desarraigo y el abandono.⁵

La pérdida del estatus económico, se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad.

La pensión, representa un 30% a un 50% de un ingreso previo, aunado a la inflación, favorecerán que sus necesidades básicas no puedan ser cubiertas en forma satisfactoria, situación que es generadora de frustración y síntomas depresivos.

Es muy común que ante estos fenómenos, la respuesta del paciente sea hacia el aislamiento, estableciéndose una pobre interacción.

c) NIVEL SOCIOECONÓMICO

Retracción del nivel socioeconómico en la mayoría de los ancianos, debido a la jubilación y a la pérdida de familiares. En consecuencia tienden a consumir alimentos más económicos y a introducir pocas variaciones en su dieta.

d) POBREZA

La penuria económica, fundamentalmente derivada de bajas pensiones y aumento en los gastos económicos, trae como consecuencia la monotonía, incorrecta opción a la compra de viandas apropiadas y, por lo tanto, malnutrición

La pobreza se vincula con una longevidad menor y una salud precaria en la vejez. Las personas de menos recursos tienden a vivir en ambientes más nocivos, donde es más probable que se vean expuestas a niveles de contaminación del aire en locales cerrados y el riesgo de contraer enfermedades. Una estructura habitacional deficiente y el hacinamiento

aumenta el riesgo de accidentes y de transmisión de enfermedades infecciosas.

A menudo, las personas de edad avanzada, sumidas en la pobreza ven dificultado su acceso a una nutrición adecuada

En épocas de escasez las mujeres mayores tienden a privarse de alimentos a favor de los jóvenes.

e) NIVEL EDUCATIVO

Las diferencias de nivel educativo, ingresos funcionales sociales y expectativas en cualquier etapa de la vida aumentan la diversidad en el envejecimiento. En todo el mundo, el promedio de educación de las personas de edad es inferior al de las personas jóvenes, y esas diferencias son importantes porque los niveles de educación más elevados se relacionan con una salud mejor.

f) HÁBITOS Y COSTUMBRES

Mantenimiento del patrón alimentario desde la infancia y que, hasta cierto punto determina sus hábitos en la vejez.

La desnutrición en la niñez, particularmente durante el primer año de vida, las infecciones como la poliomielitis y fiebre reumática, y la exposición a accidentes y lesiones aumentan la probabilidad de contraer enfermedades crónicas y a veces discapacitantes en la edad adulta.

Los factores correspondientes al modo de vida en la adolescencia y en la vida adulta, como tabaquismo, consumo de alcohol excesivo, falta de ejercicio, falta de ejercicio u obesidad aumentan el riesgo de enfermedades y discapacidad en cualquier momento de la vida.

Arraigo de hábitos y costumbres alimentarias que tal vez ya no son adecuados para la edad

g) AISLAMIENTO

El aislamiento social debido a viudez o divorcio, tienen efectos negativos sobre la salud.

La soledad se acentúa en estos momentos con la pérdida del cónyuge, de amigos, incluso de los propios hijos. Si a este estado se añade la pérdida de la salud por enfermedades crónicas invalidantes, se comprende que los ancianos puedan refugiarse, psicológicamente, en su pasado.

No obstante, la vejez puede ser una época feliz de la vida. Ello depende del propio proyecto elaborado y desarrollado con anterioridad, que puede culminar durante los últimos años de la vida. El envejecimiento como la jubilación, puede ser programado. **La clave radica en mantener una actividad diaria con la familia, los amigos y las relaciones sociales.**⁵

4. CONSIDERACIONES ESPECIALES AL PLANEAR LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

4.1 CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS

Personas mayores con pobre dentadura y a la vez producción *disminuida de saliva requieren alimentos más húmedos y blandos o cortados en trozos cómodamente pequeños*. Los alimentos no se deben ofrecer todos molidos, pues esto desanima psicológicamente al anciano.

Psicológicamente, una alimentación basada en sopas es frustradora, con papillas o purés no se puede ejecutar la función masticatoria

4.2 SABOR

Está ampliamente comprobado que el gusto y la agudeza a los sabores disminuyen con la edad, y los alimentos deben ofrecerse lo más atractivo posible a todos los sentidos, pero con especial énfasis al paladar

Los alimentos blandos no tienen que ser sin sabor, y se deben sazonar al gusto y tolerancia individual.

4.3 FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS

Los alimentos se deben ofrecer al anciano en forma atractiva para estimular el apetito. Deben de consumirse tres comidas al día, aunque se acepta que en caso de anorexia o hiporexia, es mejor presentarle al anciano alimentos variados con mayor frecuencia, pero en menor cantidad.

Refrigerios a la hora de acostarse son bien tolerados y recibidos por la mayoría de personas ancianas.

4.4 EL AMBIENTE A LA HORA DE COMER

El ambiente a la hora de la comida debe ser placentero, agradable y debe ser una experiencia gratificante para el anciano. Se debe tratar, en lo posible, de que el anciano no coma solo, aislado de los familiares y amigos.

Aquellos que comen solos como regla general, no comen bien, los ancianos que viven aislados comen menos que los que viven en hogares.

El comer con personas que son agradables constituye un punto de vista diferente que si se come con aquellos que no son del agrado.

El anciano puede estar *malnutrido por muchas razones como ya se ha mencionado (ignorancia, pobreza, invalidez, depresión, soledad, falta de dientes)* y **la prevención de la desnutrición no es sencillamente dar vitaminas sino tomar conciencia y participar activamente en el mejoramiento de muchos factores adversos que afectan el ambiente global del anciano.**

Existen varios aspectos que debemos tomar en cuenta para mejorar la alimentación de las personas mayores, como son: la población mayor de 60 años debe disminuir el ingreso de calorías en comparación con los jóvenes; aumentar el consumo de frutas, verduras y granos enteros; disminuir el consumo de carne de res y cerdo, aumentando proporcionalmente el de pescado. Ingerir menos productos ricos en grasa saturada. Menos azúcar y sal, sustituir la leche entera por leche descremada o semidescremada.

Estas metas dietéticas deben tomarse en cuenta al elaborar planes de nutrición individuales, que dependen de distintas variables como enfermedades existentes o antecedentes de enfermedades metabólicas y obesidad, pobreza, función y actividad física.⁷

La actitud negativa o pesimista hacia el envejecimiento tiene cierto peso en la política comercial bucal. De hecho, la investigación y la información sobre la salud oral deberían tener en cuenta lo estimulante que resulta el contacto con las personas de mayor edad, desde el punto de vista metodológico y ético.

Otras veces, la sociedad, a través de determinados estereotipos, no acepta que los individuos ancianos disfruten de una madurez satisfactoria

Es necesario ilusionar al anciano, haciéndolo responsable (parcialmente) de su salud oral. En la consulta debe crearse un clima de comunicación sincera, en el que nuestros gestos y expresiones potencien su actividad diaria. Debemos lograr identificar sus necesidades de salud oral con las que el odontólogo valora objetivamente, haciéndolo participe de los objetivos para mantener un grado de salud aceptable e impedir en lo posible el aumento de su incapacidad oral.

El tratamiento exodóncico y mutilante debe dar paso a una información preventiva, sesiones de higiene oral, programas de mantenimiento periodontal y dental y la valoración prostodóncica, que hoy puede estar integrada con una solución implantológica.⁵

Desde el punto general, es preferible mantener al anciano en su hábitat, apoyándole con los distintos recursos de la asistencia domiciliar que disminuirán gradualmente sus limitaciones, conservando buenos niveles de autonomía.

Desde el punto de vista alimentario, será necesario potenciar el suministro de comidas a domicilio, para asegurar unos correctos aportes nutricionales a ancianos que viven solos, no saben cocinar, están enfermos o

tienen otro tipo de dificultades que presenten un riesgo para su estado nutricional

Entre tanto, a medida que el mundo toma conciencia sobre el envejecimiento, entendiéndolo como un resultado natural del ciclo de la vida y no como una enfermedad, tenemos la misión de crear una nueva cultura, la del envejecimiento, el buen envejecimiento donde los prejuicios, las segregaciones y los atropellos se cambien por respeto, integración y flexibilidad; aceptemos la vejez y los viejos en la dimensión justa.

Consideremos a la edad como una etapa de la vida donde siguen vigentes los derechos humanos y continuemos el desarrollo de las potencialidades físicas, mentales y sociales, encarando de frente nuestro propio envejecimiento.

Como ha dicho De Rosis: "si se me pidiera resumir en una sola palabra cómo mantener la calidad de vida, diría movimiento; movimiento físico, mental, emocional, espiritual y social".⁷

Resulta obvio que las personas de edad avanzada presentan más problemas de salud oral que la población general, pero debe existir una distinción entre pesimismo y realismo.

La actitud de los ancianos hacia su salud oral es a menudo negativa, ya que tienden a aceptar las enfermedades bucodentales crónicas como consecuencia del envejecimiento oral y, por lo tanto no buscan atención odontológica porque no sienten la necesidad de tratamiento. Sí en cambio acuden a consulta médica por las múltiples enfermedades generales que pueden presentar (osteoporosis, diabetes, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial).

Una buena comunicación con el paciente anciano es esencial para el éxito del tratamiento odontológico. En la práctica, cuando se imparten enseñanzas de higiene oral o cuidados prostodóncicos, deben evitarse las explicaciones complejas y teóricas por parte del odontólogo o el personal dental. Por el contrario, se recomiendan las sesiones prácticas, favoreciendo que los pacientes ancianos las realicen, ellos mismos, en el consultorio dental.⁵

Es urgente convencer a los profesionales de la salud y a la sociedad en general que la vejez no implica incondicionalmente pasividad ni una falta de participación, se lograrían modificaciones asombrosas en el comportamiento de los viejos si permitiéramos que ellos expresaran su interés, participación y actividad, y dejáramos de tratarlos de manera infantil o segregándolos.⁷

5. MITOS Y PREJUICIOS FRECUENTES

1° La mayoría de las personas de edad viven en los países desarrollados: lo cierto es lo contrario. En su mayoría, las personas de edad viven en los países en desarrollo. La esperanza de vida aumentó, y se prevé que seguirá haciéndolo en casi todo el mundo. Ello obedece al descenso pronunciado de la mortalidad prematura provocada por enfermedades infecciosas y crónicas. Tanto las mejoras al nivel del saneamiento, vivienda y nutrición, como las innovaciones médicas, incluidas las vacunaciones y el descubrimiento de los antibióticos, han favorecido el notable aumento del número de personas que alcanza la vejez.

Para vivir en un mundo que envejece se debe: reconocer a las personas de edad como un recurso valioso; permitirles tener una participación activa en el proceso de desarrollo; brindarles una atención y promoción de salud adecuadas; fomentar la solidaridad intergeneracional.

2° Todos los adultos mayores se asemejan: las personas de edad constituyen un grupo muy diversificado. Envejecen en formas singulares, que dependen de numerosos factores, incluidos su género, sus antecedentes étnicos y culturales, y el hecho de si viven en países industrializados o en desarrollo, en medios urbanos o rurales.

La duración de nuestras vidas puede depender de un componente genético. Sin embargo, la salud y la actividad a una edad avanzada son en gran medida una síntesis del acervo de experiencias, riesgos y acciones acumulado por una persona a lo largo de toda su vida.

3° El hombre y la mujer envejecen de la misma manera: la mujer y el hombre envejecen de distinta manera. Ante todo, la mujer es más longeva

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

que el hombre. Sin embargo, **vidas más largas no son necesariamente sinónimo de vidas más saludables**, y los patrones de salud y enfermedad de la mujer y el hombre acusan marcadas diferencias. La longevidad de las mujeres las hace más proclives a contraer enfermedades crónicas que por lo común se relacionan con la vejez.

4° Las personas de edad son frágiles: las personas de edad en su mayoría siguen estando en buenas condiciones físicas hasta bien entradas en la vejez

5° Los mayores no tienen nada para aportar: en realidad, las personas de edad hacen un sinnúmero de aportes a sus familias, sociedades y economías. La creencia tan difundida de que las personas de edad no tienen nada que aportar parte de la noción de que sólo cuentan las ocupaciones remuneradas.

Sin embargo, las personas no remuneradas, incluidas la agricultura, el sector informal y los trabajos voluntarios hacen aportes importantes.

6° Las personas de edad son una carga económica para la sociedad: las personas de edad hacen un sinnúmero de aportes al desarrollo económico de sus sociedades. La mayoría de las personas en todo el mundo siguen trabajando, tanto en ocupaciones remuneradas como no remuneradas, haciendo un aporte sustancial a la prosperidad económica de sus comunidades.¹²

Los viejos o ancianos, en México y en cualquier comunidad, son un **grupo muy importante para el desarrollo de la sociedad por todo lo que pueden aportar. Sus conocimientos, experiencias y visión de la vida son esencia invaluable para el progreso de la humanidad, por lo que en su conjunto son uno de los grupos de mayor valor en la sociedad. Por lo tanto**

conservar su salud general y mejorar su estilo de vida es un deber de todos.

Sobreprotección y su relación con la pérdida de autonomía personal: Este aspecto es muy importante a considerar, especialmente con los viejos, y no nos damos cuenta de hasta qué punto puede ser contraproducente para las personas mayores prestarles el servicio de hacer cosas que ellas mismas podrían efectuar.

El sentirse viejo, puede venir antes o después de lo que la edad cronológica indica, depende de la personalidad del individuo, de su capacidad psicointelectual, de lo pasado. Los que se mantienen en buenas condiciones de salud física y psíquica, y continúan activos, aún después de jubilarse, no se dan cuenta realmente que envejecen, porque para ellos no ha habido vacío en sus vidas, lo que han hecho es continuar su línea de vida, cambiando algunas actividades.

Sin embargo, la idea de que los ancianos por el simple hecho de haber envejecido deben estar enfermos o incapacitados, ha ido evolucionado en nuestra sociedad, y quienes ingresan a la tercera edad, si se mantienen en buenas condiciones de salud física y psíquica saben que es posible tener una *mejor calidad de vida en esta etapa, y así poder disfrutar más.*

7. CONCLUSIONES

La tercera edad constituye un gran número de población con unas peculiaridades nutricionales muy concretas. Los ancianos hacen menos ejercicio y se reducen sus necesidades energéticas. A ello hay que añadir en muchos casos dificultades para comprar, preparar, masticar, digerir y absorber los alimentos, y además si están tomando fármacos que pueden ocasionar efectos colaterales.

Los dentistas, actualmente debemos estar preparados para reconocer problemas bucodentales relacionados a la dieta o nutrición, brindar apoyo científico y actualizado sobre estos aspectos, y ofrecer un programa de educación nutricional

Una mejor calidad de vida es el objetivo que los profesionales de la salud nos debemos marcar. La salud oral contribuye al bienestar físico y mental de nuestros ancianos. Si los odontólogos no creemos que las personas de edad avanzada puedan mantener una calidad de vida aceptable, difícilmente nos esforzaremos en la posibilidad de que puedan alcanzarla.

GLOSARIO

ADINAMIA. Debilidad, falta de fuerzas.

AMENORREA. Ausencia del flujo menstrual fuera del estado de embarazo y en una mujer en edad de menstruación.

APATÍA: Dejadedez, falta de vigor o energía.

ASTÉNICO: Que se acompaña de astenia, depresión del estado consecutivo a insuficiencias funcionales múltiples, también se designa para el debilitamiento de las funciones de un órgano.

DEPRESIÓN: Estado de melancolía que hace perder el ánimo.

ESTEREOTIPO: Imagen o idea por un grupo, opinión o concepción muy simplificada de algo o de alguien.

GERONTOLOGÍA: Estudio del anciano, de sus condiciones de vida normales y patológicas

HIPERSOMNIA: Exageración de la aptitud para el sueño.

HIPOCONDRIA. Afección nerviosa caracterizada por una tristeza habitual y preocupación constante y angustiada por su salud.

HOMOGÉNEO: Dícese de un cuerpo cuyas partes integrantes tienen igual naturaleza.

IDONEIDAD: Calidad de lo idóneo: conveniente, propio para una cosa, apropiado.

INDIGESTIÓN: Indisposición causada por una mala digestión.

INSOMNIO: Privación del sueño, desvelo.

LAXANTE: Que laxa o ablanda; medicamento para mover el vientre.

METABÓLICOS: Que implica la idea de transformación o de metabolismo.

NUTRICIÓN: Conjunto de los intercambios que se realizan entre el organismo vivo y el medio que lo rodea.

PENURIA: Pobreza, escasez.

PRECARIA: De poca estabilidad, inseguro: una salud muy precaria.

SEGREGACIÓN. Separación, separar una cosa de otra.

UTÓPICO: Sistema o plan que parece imposible de realizar; ilusión.

VIANDA Frutos o raíces que se suelen poner cocidos en la mesa para comerlos de la olla.

VULNERABILIDAD: Carácter de lo que es vulnerable o atacable.

XEROSTOMIA: Disminución notable de la salivación, que puede llegar hasta la supresión.

13. Forciega, Mary Ann. Secretos de la Geriátria, McGraw-Hill Interamericana, México, 1999, pp. 309
14. Darmouth, Guía Médica y de la salud para mayores de 50 anos, Editorial Trillas, México, pp 361.
15. Coni, Nicolás: Geriátria, Editorial El Manual Moderno, México, 1990, pp. 260
16. Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa, Publicación científica N°546, Washington, 1994, pp. 488.
17. Gay Zárate, Óscar; Ramírez Rodríguez Graciela: Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos, Revista ADM, 2000, Vol. LVII, N°1.
18. González Alvarado, Héctor. Depresión en el anciano, Gerontología y geriatría Con enfoque de riesgo, IMSS, 1999, Año 1, N°2 18-25.
19. Blazaer, Dan G.: Síndromes depresivos en Geriátria, Ediciones DOYMA, Barcelona, 1984, pp. 362.
20. Ozawa. Estomatología Geriátrica, Editorial Trillas, México, 1994, pp. 502.
21. Boucher, Carl: Prótesis para el desdentado Total, Editorial Mundi, Argentina, pp. 610.
22. Montemayor, Beatriz: El Odontólogo y la salud Dental en la tercera edad, Dentista y Paciente, 1996, Vol. 5, N° 53, 38-47.
23. Ham, Richard: Atención Primaria en Geriátria: casos clínicos, Editorial Mosby, 2ª edición, Madrid, 1995, pp. 710.
24. Pres, p; Bertrand, F.: Urgencias en el anciano, Editorial MASSON, Barcelona, 1994, pp. 273.
25. Lassner, Keith: Interacciones farmacológicas, Editorial El Manual Moderno, México, 1992, pp. 195.
26. Guillen Llera, F.: Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico, Editorial MASSON, Barcelona, 1994, pp.446.