

12725



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL EN EL PACIENTE GERIATRICO.

Handwritten signatures

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N :

GARCIA DURAN CLAUDIA.
RAMIREZ FIGUEROA ABEL.



México

DIRECTOR DE TESINA: DR.. VICTOR MANUEL DIAZ MICHEL.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

269263/1998



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.

A mis padres:

Sr. Enrique García.
Sra. Gloria Durán.

Por sus esfuerzos y amor.
Por estar conmigo hasta el final.
Todo esto les pertenece
a ustedes,
Gracias.

Paty, Rodó, Jesús, Alan y Paola.

Por su cariño y apoyo.

A mis hermanos.

Por todo lo que hemos
vivido juntos.

A Guadalupe, Felipe, Nallely y Mitzi
Adrián, Rafael G.

Por su ánimo y esperanza en mí.

Abel.

Por tu amor
y apoyo en los momentos
difíciles.
Gracias.

A Dios.

Por dejarme terminar
con esta parte de mi vida.

A mis padres.

Sr. Abel Ramirez.

Sra. Rita del C Figueroa.

Por sus esfuerzos y amor que en todo momento
me brindaron, esperando
que con esto sea suficiente muestra de mi amor,
agradecimiento y respeto.
Este triunfo es suyo

A mis hermanos.

Ernesto y Josué .

A mis tios

Josefina, Bertha
Josué, Micaela ,

Por su apoyo y esperanza en mi a pesar de
estar tan lejos.

A la familia.

Hernández Cordero.
Arroyo Moncada.
Figueroa García.

Por su amistad incondicional durante mi
vida.

A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS.

Claus:

Por tu amor y comprensión
Por ser la persona más importante y extraordinaria
que he conocido Porque has estado a mi lado apoyándome
en los momentos difíciles.
Por ti he llegado hasta el final de la carrera.
T.Q.M.

A DIOS.

Por permitirme llegar hasta aquí

A nuestros amigos.

Fernando, América y Alberto.

Por su amistad incondicional.

A todos nuestros pacientes.

Porque sin ellos no lo hubiéramos logrado.

AL DR. VÍCTOR MANUEL DÍAZ MICHEL.

POR LA REALIZACIÓN DE ESTA TESINA.

A LA

UNAM.

AL

HONORABLE JURADO.

INDICE.

INTRODUCCION.

CAPITULO 1

1.1	Definiciones.	1
1.2	Envejecimiento	1
1.3	Geriatría	1
1.4	Gerontología	1
1.5	Salud.	1
1.6	Odontología geriátrica.	2
1.7	Educacion para la salud.	2

CAPITULO 2

2.1	Teorias del envejecimiento.	3
2.2	Edades de interes geriatrico.	5

CAPITULO 3

3.1	Factores que influyen en la senectud.	7
3.2	Factores ambientales.	8
3.3	Hábitos nutricionales.	9
3.4	Hábitos higienicos.	15
3.5	Jubilación.	16
3.6	La familia y el anciano.	17
3.7	Uso de servicios odontológicos.	19

CAPITULO 4

4.1	Cambios tipicos de la vejez.	20
4.2	Cambios fisiologicos	20
4.3	Cambios biologicos.	29
4.4	Cambios psicologicos.	30
4.5	Cambios en el afecto.	37
4.6	Cambios socioculturales.	38

CAPITULO 5

5.1	Conducta.	41
5.2	Conductismo.	42
5.3	Cognoscitivismo.	42
5.4	Teoría del aprendizaje social.	43

CAPITULO 6	
6.1 Problemas que presentan los pacientes en relación con el mantenimiento de la salud bucodental.	44
6.2 Deficiencias en conocimientos y destreza.	46
CAPITULO 7	
7.1 Educacion para la salud bucodental dirigida al paciente geriátrico	50
7.2 Relación odontólogo paciente.	52
7.3 Importancia en la conservacion de la salud bucodental.	63
CAPITULO 8	
8.2 Motivacion.	66
8.3 Formas de motivacion hacia el paciente.	69
8.4 Comunicación.	72
8.5 Metodos de comunicación.	74
8.6 Tecnicas para la higiene oral del paciente geriatrico.	75
8.7 Cambios en el consultorio dental para un mejor servicio al paciente geriatrico	84
CONCLUSIONES	87
GLOSARIO	88
BIBLIOGRAFIA	89

INTRODUCCION.

La educación para la salud, la geriatría y la odontología, son disciplinas que deberían de ir de la mano cuando se trata de atender a los pacientes ancianos, a veces, el paciente no acude al consultorio dental porque piensa que ya no tiene remedio, o porque padece tantas enfermedades, que piensa que ningún odontólogo va querer arriesgarse a atenderlo; sin embargo, es allí cuando el buen cirujano dentista debe de mostrar su “vocación” para con todas las personas, niños, adultos y ancianos.

La psicología, juega un papel importante cuando de atender a ancianos se trata, debemos recordar que en cierta medida nos estamos viendo a nosotros mismos dentro de algunos años futuros; su motivación, su educación para tener una buena higiene oral, él tenerles paciencia, el preocuparse por ellos en todos los ámbitos, puede ser el primer paso para su rehabilitación bucodental teniendo como fin él reintegrarlo al entorno social al que pertenece.

El precario estado de salud del anciano, y las barreras estructurales y de actitud que le impiden llevar una buena higiene oral, es tanto para él como para el odontólogo, un gran reto, y éste se vuelve aun más grande cuando se sabe que el estado de salud oral tiene repercusiones en el estado de salud general. Los sentimientos del anciano sobre su bienestar y autoestima, su capacidad de comunicación y de hacer vida social, de llevar al cabo una nutrición y digestión adecuadas, y de saborear y disfrutar los alimentos, dependerán de un conveniente estado de salud e higiene bucales

La gente de la tercera edad se beneficiara física y psicológicamente cuando el tratamiento ha sido llevado al cabo con eficiencia y más que compasión con comprensión por un cirujano dentista que se interese por ellos. La mejor comprensión de los principios del cuidado geriátrico por los odontólogos terminara por brindar un servicio de calidad y excelencia.

1.1 DEFINICIONES:

1.2 Envejecimiento:

Proceso que produce cambios graduales en los tejidos que son irreversibles y acumulativos, y en que todo el organismo sufre transformaciones.

1.3 Geriatría:

Es la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades del anciano. Se refiere a la atención de las enfermedades del anciano.

1.4 Gerontología:

Es la ciencia que se encarga del estudio del anciano y de sus condiciones de vida normales y patológicas.

Estudio del envejecimiento y sus consecuencias biológicas, psicológicas, médicas y socioeconómicas.

1.5 Salud:

Según la OMS, es la ausencia de enfermedad o invalidez, unida al completo bienestar físico, psíquico y social.

La salud incluye alegría de vivir, bienestar físico, psicológico, capacidad para la función, adaptación al medio y trabajo productivo.

1.6 Odontología Geriátrica:

Es el suministro de atención dental para personas adultas con uno o más padecimientos crónicos debilitantes, físicos o mentales, con medicamentos relacionados y dificultades psicosociales.

1.7 Educación para la salud:

Esta ciencia enseña nociones médicas, higiénicas y sociales para beneficiar la salud, y favorecer el desarrollo personal, familiar y de la comunidad.

2.1 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO:

Existen muchas teorías para definir el cuándo y el por qué del proceso de envejecimiento.

Todavía no es posible distinguir cuáles de los cambios patentes en el individuo de edad adulta, se deben directamente al proceso de envejecimiento y cuáles son las manifestaciones que deben atribuirse a la gran variedad de factores físicos y ambientales que nos rodean.

Esta gran variedad de teorías no puede catalogarse en forma sencilla, de tal manera que solo describiremos a las que mencionamos con mayor frecuencia, y son 9:

1. Estrés.
2. Colágena.
3. Mutación.
4. Integrada.
5. Radical libre.
6. Inmunológica.
7. Termodinámica
8. Eslabonamiento cruzado.
9. Muerte celular programada.

1. **-Estrés:** postula el estrés de la vida diaria como productor de desgaste en células y tejidos. A medida que aumenta la edad de un organismo disminuye la tolerancia al estrés antes de que ocurra.

2. **-Colágena:** Sugiere que conforme aumenta la edad, se incrementa la

cantidad de colágena que se elabora de manera cruzada, este eslabonamiento provoca, acortamiento de las fibras colágenas lo que provoca que se arruguen y aumenta la anoxia tisular. Esta teoría solo explica el síntoma de las arrugas de la piel.

3. **-Mutación:** células somáticas y germinales experimentan situaciones espontáneas durante su reproducción; con el paso de los años los efectos se acumulan y producen cambios en el DNA y el RNA, teniendo efectos nocivos en el organismo. En el RNA se regulan los cambios metabólicos celulares.

4. **-Integrada:** reúne aspectos de varias teorías, ya que supone que la principal causa de envejecimiento es el eslabonamiento cruzado de una gran variedad de moléculas lo que induce al estrés en el organismo produciendo cambios químicos que aumentan el eslabonamiento cruzado, lo cual interfiere con el metabolismo y el recambio regular de las células que a su vez pueden iniciar reacciones autoinmunes.

5. **-Radical libre:** radical libre o en el citoplasma de la célula, afectan al DNA apareciendo conjuntos de células hijas afectadas en los tejidos que experimentan proliferación celular o bien al RNA provocando errores que afectan a la síntesis de enzimas o al mismo RNA que produce modelos defectuosos.

6. **-Inmunológica:** afirma que las células mutantes estimulan reacciones inmunológicas en el organismo que degradan el mismo y eventualmente lo destruyen.

Una extensión de esta teoría es que los cambios específicos que implican una o dos mutaciones somáticas se complican por la aparición de células que producen anticuerpos a las células mutantes.

7. **-Termodinámica:** es la relación del hombre con el medio ambiente en el cual se desarrolla de manera que envejecer es una forma de sobrevivir, es decir, es la influencia directa o indirecta de los estímulos provenientes del medio que converge con la estructura humana.

8. **-Eslabonamiento cruzado:** se refiere al proceso continuo de eslabonamiento cruzado de proteínas y moléculas de ácido nucleico. Dicho eslabonamiento altera las moléculas originales haciéndolas incapaces de realizar su función.

9. **-Muerte celular programada:** algunas células parecen tener un mecanismo intrínseco o lapso de vida genéticamente controlado.

Esta teoría sugiere que todas las células somáticas tienen un lapso de vida finito y que morirán no importa qué tan favorable sea el ambiente en este momento.

Si la vejez es inevitable, si logramos identificar y comprender las causas de la vejez, podremos proporcionar ciertos beneficios al modificar y retardar el proceso de envejecimiento. De esta manera el anciano podrá gozar de un período más largo de bienestar con un desenlace relativamente rápido.

2.2 EDADES DE INTERES GERIATRICO

Estas edades son de interés:

1. 40-60 años edad intermedia, crítica, presenil, del primer envejecimiento.

En esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que presenta muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas.

2. 60-70 años, senectud gradual.

Se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requiere diagnóstico y tratamiento oportuno.

3. 70-90 años, vejez declarada.

En sentido estricto el anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, por los estados de invalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad.

4. Mas de 90 años, longevidad.

3.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SENECTUD.

Hasta la fecha no ha sido posible comprobar la acción de los factores ambientales sobre el envejecimiento. Sin embargo, se ha propuesto que existen tres categorías de elementos que influyen sobre este proceso en el ser humano:

1 Muchos investigadores consideran que los componentes físicos y químicos del ambiente son factores determinantes en el envejecimiento; por ejemplo, que los contaminantes ambientales, como la radiación, afectan a la senectud. Sin embargo las investigaciones, tanto en animales de laboratorio como en seres humanos, no apoyan este argumento. Se ha visto que la esperanza de vida de los radiólogos no disminuye por la exposición a las radiaciones, a pesar de que muchos de los pioneros en este campo sufrieron los efectos del exceso a la exposición. La diferencia entre el número de muertes reales por cualquier causa y el número de muertes que esperarían encontrar no confirma que la exposición ocupacional a la radiación ionizante acorte la expectativa de vida de los radiólogos. Así mismo los sobrevivientes de Hiroshima, en quienes la frecuencia de leucemia es mayor, no muestran datos de envejecimiento prematuro.

2 Se ha dicho que ciertos microorganismos patógenos y ciertos parásitos influyen en el desarrollo y envejecimiento del ser humano, especialmente entre los grupos de bajos recursos y en los países tropicales. Aunque por las enfermedades que producen influyen de manera importante sobre la esperanza de vida, no se ha comprobado su influencia sobre la senectud.

3 Frecuentemente se piensa que el proceso del envejecimiento se acelera por factores socioeconómicos, tales como las situaciones

difíciles que se presentan en la vida de las sociedades industrializadas, ya sea las malas condiciones de habitación, de trabajo o las tensiones propias de la vida.

3.2 FACTORES AMBIENTALES

Las deficiencias sensoriales y motrices en los ancianos incrementan el riesgo de caídas y otros accidentes traumáticos.

Los accidentes ocupan el tercer lugar entre las principales causas de muerte en las personas mayores de 65 años. Por otro lado, el 60 % de los accidentes en los ancianos ocurre dentro de sus hogares. La mayor parte de los accidentes son caídas. En orden de frecuencia siguen las quemaduras y los envenenamientos.

Por lo tanto, es necesario determinar las zonas potencialmente peligrosas que existan en nuestra comunidad. El pavimento de las calles y aceras deben proporcionar una superficie para caminar, plana, sin agujeros, libre de basura. Es muy importante fijarse si las curvas de los caminos están bien trazadas y poseen señales de colores visibles, así como si la iluminación de las calles es suficiente y uniforme. Todo esto puede implicar un peligro para las personas ancianas y trae como consecuencia:

Las personas ancianas se aíslan en sus casas y prefieren no salir a la calle, por el peligro de sufrir alguna caída o tener un accidente traumático.

La pureza del aire tiene importancia para las personas ancianas

con padecimientos respiratorios.

A causa del incremento de la delincuencia en muchas ciudades, los ancianos son víctimas frecuentes de ataques, dentro y fuera de su hogar.

El implantar unas medidas de seguridad no implica, necesariamente, realizar costosos cambios estructurales en el hogar. Al sugerir la necesidad de tales adaptaciones, los miembros del equipo de salud deben hacer hincapié en que la persona de edad avanzada vivirá en un ambiente que le proporcionará un buen margen de seguridad y tranquilidad.

3.3 HÁBITOS NUTRICIONALES.

En tanto que la expectativa de la vida ha aumentado, la atención hacia la población de la tercera edad ha ido acrecentándose, para obtener y proporcionar una mejor calidad de vida y sobre todo de salud.

El grupo de los ancianos es especialmente vulnerable debido a los retos que tanto psicológica como fisiológicamente deben de enfrentar. La adecuada nutrición es un factor de vital importancia en la promoción de la salud en los grupos de la tercera edad. La inadecuada nutrición contribuye en gran manera a una degeneración tanto física como mentalmente de rápido progreso. La deficiente salud bucal, en el aspecto de la nutrición de los ancianos, juega un papel importante, ya que puede ser un factor determinante en el estado de salud general y mucho más en el estado nutricional del senecto. Se han reportado casos de hábitos nutricionales deficientes debido a las muchas disfunciones dentro de la cavidad bucal que estas personas presentan. La pérdida, junto con

el dolor dental, así como el ajuste deficiente de dentaduras desembocan en la disminución del apetito y también muchas veces en la habilidad para comer correctamente.

Dentro de los hábitos nutricionales en las personas de la tercera edad, tenemos varios factores que pueden ocasionar problemas como son:

- Factores bucales,
- Factores físicos.
- Factores funcionales.
- Factores psicosociales.

Dentro de los factores bucales tenemos:

- ❖ Problemas para la buena masticación
- ❖ Cambios en la percepción del sabor y olor de los alimentos.
- ❖ Xerostomía, causada por el consumo de medicamentos.

En lo que a los factores físicos se refiere encontramos:

- ❖ Cambios en el proceso de la metabolización de los nutrientes.
- ❖ Variaciones en los requerimientos energéticos
- ❖ Efectos secundarios de medicamentos que bajan el apetito, así como la absorción y utilización de nutrientes.

En cuanto a los factores funcionales mencionamos:

- ❖ Problemas de tipo visual y auditivo.
- ❖ Discapacidades físicas, como la artritis.
- ❖ Incapacidad para la compra y la carga de víveres.

En lo que se refiere a los factores psicosociales están:

- ❖ La soledad y la depresión.
- ❖ Pérdida del apetito, así como del interés por comer.
- ❖ Problemas de tipo económico.

Las recientes teorías del envejecimiento, relacionan a éste, con la oxidación de membranas de lípidos, lo que ha contribuido al incremento en el consumo de alimentos que contienen propiedades antioxidantes, tal es el caso de los alimentos con altos contenidos de vitaminas A, C, E, y de selenio.

Aún cuando no existe evidencia de que los suplementos alimenticios con cantidades excesivas de vitaminas y minerales prolonguen la expectativa de vida, el alto contenido de éstos puede llevar a dosis que lleguen a ser tóxicas para el organismo, y tanto más, cuando se trata de personas ancianas cuyas funciones metabólicas son deficientes. Sin embargo, el llevar una dieta adecuada y balanceada, ayudará a prevenir cuadros de mal nutrición, y ayudará a su vez a incrementar el estímulo de las respuestas inmunológicas ante las infecciones, las cuales en esta etapa de la vida son tan comunes, así como también a retardar la aparición de enfermedades cardiovasculares, como también la osteoporosis.

El estado nutricional afecta de varias maneras la salud bucal del anciano. Es crucial un suministro adecuado de nutrientes esenciales a fin de conservar la salud e integridad de la mucosa bucal y el periodonto.

La selección de los alimentos tiene una función importante en la producción de la caries dental y también pudiera ser un factor en la enfermedad periodontal.

Se calcula que del 18 al 43% de los ancianos sigue dietas

especiales limitando su ingestión de sodio, grasa, colesterol, calorías o carbohidratos por padecimientos crónicos.

Aunque ésto pudiera tener un efecto positivo en la situación nutricional si se eligen racionalmente los alimentos, también puede haber efectos adversos.

En esta época, la necesidad de nutrientes para los ancianos sanos es en buena parte motivo de especulación. Los cálculos sobre las necesidades nutriológicas se extrapolan en gran parte de estudios hechos con adultos jóvenes. Además, las raciones recomendadas agrupan a todos los individuos de más de 51 años sugiriendo que toda persona mayor de tal edad posee necesidades nutricionales similares.

CALORÍAS.

Las necesidades calóricas disminuyen con la edad, ésto es debido a que el gasto energético es menor y a la disminución en el índice metabólico basal. No existe un acuerdo general sobre la ingesta de calorías en el anciano; sin embargo, se sugiere que las raciones energéticas para las personas ancianas se encuentren entre 20 a 25% menos que en el adulto joven.

PROTEÍNAS.

Es considerable la variación en la cantidad de proteínas requeridas por el anciano, muchas veces se encuentra sujeta a estados de salud general como la presencia de alguna enfermedad o alguna intervención quirúrgica; así como también a algunas razones que pueden ser de origen económico hasta dependencia para poder preparar estos alimentos.

GRASAS.

La recomendación para el consumo de grasas debe ser entre 30 y 35% del consumo total de calorías. El consumo excesivo de grasas se relaciona con obesidad, que a su vez se vincula con hipertensión, enfermedad cardiovascular y diabetes no dependiente de insulina. Asimismo, una dieta rica en grasas puede causar indigestión por malabsorción. Aunque raras, las ingestiones de menos del 10% de las calorías totales pueden motivar una deficiencia de ácidos grasos esenciales.

CARBOHIDRATOS.

No se ha establecido una ración específica en el caso de los carbohidratos, pero el nivel aconsejado es de 50 a 60% de las calorías totales. El anciano consume una gran proporción de sus calorías en forma de carbohidratos, debido a su bajo costo, la capacidad de almacenaje sin refrigeración y su facilidad de preparación.

AGUA.

La ingestión inadecuada de líquidos por el anciano origina una rápida deshidratación y problemas concomitantes como hipotensión, temperatura corporal elevada, resequedad en la mucosa, menor producción de orina y confusión mental. En circunstancias normales, el consumo diario de agua debe ser al menos de 30 ml por kg de peso corporal.

CALCIO.

La ración diaria aconsejada para el calcio es de 800 mg. Como en el anciano es menor la absorción de este elemento, varios investigadores recomiendan aumentar su consumo a 1000 mg por día o más en mujeres

de 50 años y varones de más de 60 años para impedir un balance negativo. También se especula que la ingestión a largo plazo de 1000 a 1200 mg diarios de calcio pueda retrasar o prevenir la producción de osteoporosis.

HIERRO.

La ración diaria de hierro es de 10 mg en adultos mayores de 50 años. No hay prueba alguna que señale que para el anciano sea preciso elevar dicha ración.

VITAMINA A.

Por un almacenamiento hepático eficaz, la gente bien nutrida, generalmente está en bajo riesgo de una deficiencia; no así el anciano, que en muchas ocasiones consume ésta en forma de suplemento y que puede llegar a causar un mayor peligro de toxicidad, ya que se sabe que esta vitamina es bastante tóxica y se recomienda no ingerirse en forma de suplementos en más de cinco veces de la ración diaria recomendada.

VITAMINA C.

La deficiencia de esta vitamina trae como consecuencia el escorbuto por períodos de cinco a doce semanas. En países desarrollados, este padecimiento ya no es un problema, pero sí ocurre en lactantes y gente mayor por pobreza e ignorancia.

ÁCIDO FÓLICO.

Son raras las pruebas bioquímicas de deficiencia de folato en los ancianos con un nivel económico regular. Generalmente, las personas ancianas que enfrentan esta deficiencia son aquellas con un nivel económico bajo y aquellas que se encuentran en los asilos.

El consumo de alcohol constituye un factor de riesgo importante para el estado defectuoso del folato en el anciano.

TIAMINA.

Estudios con pequeños grupos de ancianos señalan signos bioquímicos de deficiencia de tiamina. Los signos de esta deficiencia se encuentran más marcados en el sector pobre, alcohólico o institucionalizado de la población senecta. La ración mínima diaria es de 0.5 por 1000 calorías, o por lo menos 1 mg diario, debido a testimonios de que el organismo del anciano aprovecha la tiamina con menos eficacia.

RIBOFLAVINA.

Aunque es rara la deficiencia de riboflavina, ocurre con frecuencia variable en el anciano. En el anciano el valor del consumo sugerido para la riboflavina es 0.6 mg por 1000 calorías o un mínimo de 1.2 mg por día.

3.4 HÁBITOS HIGIENICOS

Los ancianos, cuando viven solos, se encuentran en desamparo ya que se sienten olvidados por sus familiares. y no les preocupa llevar al cabo sus hábitos higiénicos y viven en condiciones de extrema degradación con una falta total de higiene y cuidados.

Cuando el anciano vive con familiares y en casas de reposo (asilos), su higiene personal, es decir, su aseo diario, es casi obligado.

El baño lo realizan al menos tres veces por semana, debiendo utilizar jabones de tocador en lugar de detergentes, con agua de temperatura templada, sin llegar a los extremos.

Su lavado de manos, lo realizan antes de cada comida y después de ir al baño.

La existencia de barba en el varón, produce que el afeitado se realice a diario con la ayuda de una maquina eléctrica

3.5 JUBILACIÓN

Cuando el ser humano envejece, ve con recelo el momento en que tenga que retirarse de los centros laborales; de las actividades retribuidas con dinero y de las satisfacciones que a través de éste y del desempeño del trabajo mismo ha podido obtener.

Como si no bastara con los cambios que se observan en el aspecto físico (las canas, la dificultad para respirar), en este período llega también la jubilación. Para muchas personas este hecho, nuevo en sus vidas, parece implicar decrepitud e inutilidad; no son pocas las personas que lo resienten como un suceso francamente “traumático”.

Parece entonces como si ya no hubiese nada que hacer, como si no quedara nada por realizar, lo cual adquiere tintes dramáticos para aquellas personas que se entregaron sin reservas al trabajo pero sin cultivar algún interés extralaboral. Es así como el anciano puede llegar a sentirse solo, aislado, a veces alejado de la familia, pensando en el “asilo”.

La dinámica de la jubilación es bien conocida: de un día al otro el individuo deja de trabajar y este brusco paso de una intensa actividad a un ocio total es de por sí absolutamente contrario a las leyes naturales.

Enseguida le sobrevendrá el pensamiento de que ya nadie le necesita, que ya no es útil, o como antes creía indispensable, y que su puesto será ocupado por una fuerza "joven".

La jubilación genera importantes cambios de carácter económico, por la reducción de ingresos, lo que con frecuencia provoca necesidad de reajustar gastos, respecto a la alimentación, el vestido y la vivienda, así mismo se propicia el aislamiento, pues se rehuye del grupo de amigos ya que no puede solventar los gastos que esto significa, interrumpiendo bruscamente sus relaciones sociales.

Luego se añade el hecho de que recibirá periódicamente una pensión, no muy abundante de por sí, y cada vez se acorta más por el impacto de procesos inflacionarios agudizados.

En vez del salario, fruto de su esfuerzo de cada día; ahora se le pagará por no hacer nada.

3.6 LA FAMILIA Y EL ANCIANO.

Según nuestras bases intrafamiliares, los viejos son considerados como seres inferiores, improductivos y cuya aportación es nula para la familia en general.

Anteriormente el modelo familiar estaba basado en la estructura patriarcal, en donde el patriarca anciano vivía en el núcleo familiar varias generaciones, era respetado por sus experiencias y atendido por sus hijos y nietos y realizaba pequeñas tareas domésticas.

Por el contrario, en la sociedad moderna el anciano se encuentra aislado y marginado desde el punto de vista psicológico, económico y social.

El papel que juega la familia como intermediario entre el anciano y la sociedad puede ejecutarse con mayor o menor esmero y cariño.

La actitud de la familia hacia el anciano está muy condicionada por el potencial económico del individuo: si el anciano tiene una capacidad económica elevada, mantendrá su propio territorio doméstico, en el que va a convivir con hijos u otros parientes, aunque se le mantenga marginado, o con una persona contratada que le asista.

En caso de no disponer de poder económico, se acostumbra a mantener al anciano distanciado de la familia, incluso los hijos le entregan dinero para su subsistencia independiente; siendo el deseo real del anciano vivir en una estructura familiar extensa. Sus descendientes no lo entienden de la misma forma, y muchas veces creen que la mejor solución para todos es que el anciano viva alejados de ellos.

En muchos casos al anciano no le queda otro remedio que aceptarlo, y finge tener la misma opinión en cuanto a su independencia.

El anciano es muchas veces rechazado por su misma familia debido a su apariencia, que en ocasiones es deplorable.

Los ancianos son a menudo un peso que los hijos consideran como insoportable: están llenos de manías, de achaques, rezongan con cualquier cosa, nada de lo que dicen le interesa a nadie, y se encierran en sí mismos.

3.7 USO DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS.

No se tienen datos globales sobre el uso de servicios odontológicos del anciano en nuestro país, se cuenta sin embargo, con el trabajo que desde algunos años desarrolla el grupo del Dr. Manuel Barquín Calderón en una población de ancianos ubicada en la delegación de Tlalpan D. F., en la colonia Isidro Fabela.

Las edades de este grupo poblacional se encuentran entre los 60 y 69 años (61%), entre 70 y 79 años (28%), entre los 80 y 89 años (8%) y el 3% pasan de los noventa años.

El 59% de este grupo pertenece al sexo femenino y el 41% al sexo masculino.

El grupo estudiado tiene en su mayor parte acceso a los servicios médicos públicos o privados, en lo referente a la salud dental, los ancianos en un 71.02% dijeron tener dentadura en buen estado, y sólo el 25.19% consideraron el estado de sus piezas dentarias como muy buena o regular y muy malo el 3.67%. En cuanto a la atención dental, el 50.81% recurre a odontólogos particulares, el 15.73% a instituciones de seguridad social, el 8.37% a la beneficencia pública y el 1.08% a la beneficencia privada, mientras que el 21.89% no acude a ningún tipo de servicio dental.

La mayor parte de los encuestados no expresaron ningún problema importante con los servicios dentales (53.08%), sin embargo, el 90.12% se quejaron de su costo. El 57% declaró necesitar prótesis dentales, el 43% presentan dificultades para masticar, al 38% le faltan algunos dientes, al 31% le faltan todos los dientes y sólo el 12% conserva sus piezas dentales íntegras.

4.1 CAMBIOS TÍPICOS DE LA VEJEZ.

Podría suponerse que en todo individuo a la llegada de la etapa comprendida entre la edad madura y la vejez ocurren cambios biológicos que debemos considerar como normales dentro de esta etapa.

En ciertos individuos estos cambios suceden lentamente, casi de manera imperceptible; en otros, las pérdidas son repentinas y esto ocasiona que algunos individuos decidan aislarse socialmente.

4.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS.

Los cambios fisiológicos son

- ❖ CAMBIOS VISUALES.
- ❖ CAMBIOS AUDITIVOS.
- ❖ CAMBIOS DEL GUSTO Y EL OLFATO.
- ❖ SENTIDO DEL TACTO.
- ❖ CAMBIOS EN PIEL.
- ❖ CAMBIOS EN PELO Y UÑAS.
- ❖ CAMBIOS EN SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO.
- ❖ CAMBIOS EN BOCA.

CAMBIOS VISUALES.

En primer lugar aparece una disminución progresiva de la agudeza visual, también disminuyen los sentidos luminosos y cromáticos, por lo que las personas ancianas tienen necesidad de mayor iluminación del

ambiente.

La catarata senil es la alteración degenerativa más frecuente en el anciano y es una opacidad del cristalino, favorecida por enfermedades concomitantes (diabetes, gota, etc.), a menudo es bilateral y causa gran disminución de la visión pero sin llegar a la ceguera completa.

La pupila es un poco más pálida y borrosa, a veces con un anillo degenerativo, limitado a su vez por un círculo de pigmento.

La esclerótica es rígida, transparente, de color amarillento típico, por depósitos lipocalcáreos.

La conjuntiva pierde su brillo y elasticidad normal, se observan pequeñas hemorragias por el aumento de fragilidad capilar.

La mayoría de los ancianos ve los colores como algo marchito, los escalones los confunde entre sí, disminuye su capacidad de enfocar y distinguir objetos.

CAMBIOS AUDITIVOS.

Es una de las alteraciones más comunes en los ancianos, los problemas para escuchar pueden llevar a la persona a un estado de depresión, desconfianza o aislamiento.

En el anciano existe cierto deterioro auditivo debido al engrosamiento de la membrana timpánica

En el oído interno, se presenta un fenómeno ligado al envejecimiento fisiológico que se inicia alrededor de los 50 años llamado

presbiacusia, es bilateral, simétrica y la exposición excesiva a un ambiente contaminado por ruido puede favorecer su aparición que se manifiesta inicialmente por pérdida de la capacidad para detectar sonidos de alta frecuencia.

Muchas veces es complicado y desalentador ajustarse a un auxiliar auditivo.

CAMBIOS EN EL GUSTO Y EL OLFATO.

El gusto y el olfato se dan por desconectados hasta la última fase de la vida, cuando se vuelven menos agudos para mucha gente.

Durante el envejecimiento, mucha gente sufre pérdida de la sensación y esto ocasiona que se pidan los alimentos más condimentados.

El gusto se percibe por la lengua, aunque en menor grado en el paladar duro y blando y la faringe. La mayor parte de la lengua está cubierta por papilas filiformes y un número menor de papilas fungiformes que cubren las dos terceras partes anteriores de la lengua, cada una de estas papilas contiene de 1 a 8 papilas gustativas y las papilas calciformes se localizan en el tercio posterior de la lengua y también contienen órganos del gusto. La porción anterior de la lengua, es más sensible a lo dulce y lo salado y son las que primero se atrofian, mientras que las de los sabores amargos y ácidos funcionan adecuadamente.

El sentido del olfato reconoce los olores, el anciano puede perder la capacidad para identificar los olores.

SENTIDO DEL TACTO

El sentido del tacto es un sistema sensorial bien conservado. Los ancianos pueden sentir y disfrutar los contactos diarios y para las personas que sufren de pérdidas visuales y auditivas, el tacto puede cumplir una función notable en ayudarles a ajustarse a su medio.

LA PIEL

En el envejecimiento la piel sufre una serie de alteraciones que van desde el color, la textura, la elasticidad, el grosor y la pérdida de grasa subcutánea.

Todo el tejido subcutáneo sufre una pérdida de agua con la consiguiente resequedad y descamación, fenómeno que se conoce como xerosis.

La persona de edad avanzada puede notar la aparición de arrugas, disminución de la sudoración, comezón y un aumento en la sensibilidad al frío.

La piel de la cara se va haciendo cada vez más laxa y queda sujeta a los efectos de la gravedad; por ello, se hace evidente una "caída, de los párpados, de mejillas y la doble papada.

Los cambios característicos de la pigmentación de la piel, debido a una disminución en el número y una distribución irregular de los melanocitos.

Hay varias lesiones de piel que se observan con frecuencia en los ancianos.

PELO Y UÑAS.

Siempre que una persona de edad avanzada señale cambios en la textura, color, cantidad o distribución del pelo corporal, facial o del cráneo, es importante determinar si tales cambios son propios del envejecimiento normal o se deben a una enfermedad específica.

El pelo de las extremidades, así como el vello axilar y púbico, es más escaso.

El pelo suele adelgazarse, lo que junto con el encanecimiento del pelo es uno de los fenómenos más comunes en la vejez.

La calvicie, producida por una deficiencia de los folículos pilosos, es una característica más común en el envejecimiento, especialmente en el varón. De igual forma, en las mujeres es posible observar la presencia de vello oscuro sobre el labio superior, en la barba y en las mejillas.

Las uñas de las manos y de los pies pueden mostrar ciertos cambios: aumentan de grosor, se vuelven más frágiles, etc.

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.

Conforme envejece el organismo, se observan alteraciones importantes en el sistema musculoesquelético, ya que se observa una reducción gradual de la masa ósea.

La osteoporosis, es una enfermedad que se presenta en los huesos y es más común que se presente en mujeres que en hombres con manifestaciones como: dolor persistente, sin irradiaciones, localizado en

la columna vertebral generalmente después de la menopausia que se acompaña con signos como: acortamiento de talla, pérdida de la fuerza mecánica del hueso, aumentando la posibilidad de que cualquier lesión produzca una fractura.

Los músculos pierden su tono y su fuerza disminuye.

Las articulaciones se tornan rígidas.

También pueden presentarse calambres musculares en las extremidades superiores e inferiores; éstos se presentan después de practicar algún ejercicio o por las noches.

El andar se vuelve lento.

La sifosis senil (joroba de viuda) es un aumento de la curvatura de la porción torácica de la columna vertebral.

CAMBIOS EN BOCA.

En boca van a existir diferentes cambios que son:

- ❖ Dientes.
- ❖ Membrana periodontal.
- ❖ Hueso alveolar.
- ❖ Mucosa oral.
- ❖ Articulación Temporomandibular.

Dientes:

La característica más común en la dentición de los ancianos, es la

pérdida gradual de todos los dientes, debido a causas naturales, por enfermedad periodontal y por caries.

La pérdida de un diente, provoca la sobre-erupción del antagonista, lo cual con frecuencia ocasiona problemas en la elaboración de la prótesis.

La pérdida de substancia dentinaria causada por abrasión y atrición es muy común, y este desgaste trae como consecuencia una disminución de la altura facial.

Abrasión: desgaste patológico (hábitos o mal empleo de sustancias abrasivas en boca).

Atrición: es el desgaste fisiológico de los dientes como resultado de la masticación, el tipo de dieta y el bruxismo.

Otro tipo de pérdida de substancia se debe a la erosión, la cual se debe a la ingesta de ácidos cítricos.

En los pacientes ancianos la regurgitación es muy frecuente, ya que el ácido desmineraliza el esmalte, lo cual puede ocasionar un rápido desgaste dentinario.

Erosión: la pérdida de substancia dental por un proceso químico.

Como el esmalte se desgasta, toma una coloración oscura, aparecen grietas longitudinales en la corona.

La dentina presenta una oclusión de los túbulos dentinarios,

formándose dentina esclerótica y ésta a su vez retarda el avance de la caries.

Caries:

La más alta incidencia de caries en pacientes ancianos se encuentra a nivel de cuello, por la alta recesión gingival.

Pulpa:

Existe una reducción del tamaño de la cámara pulpar, lo cual hace difícil el tratamiento del canal radicular.

Histológicamente, al avanzar la edad, en la pulpa aumenta el contenido fibroso y disminuye el celular; con reducción del tejido nervioso y vascular. Por lo tanto, los dientes se vuelven menos fuertes.

Membrana periodontal:

Suele reaccionar al proceso de envejecimiento.

Placa bacteriana:

Si la cavidad bucal no se conserva limpia, esta placa puede afectar los tejidos, la cual produce la enfermedad periodontal

Va a presentar destrucción del tejido conectivo a la superficie radicular, pérdida de hueso, aparición de bolsas, dando como resultado la pérdida de los dientes.

Hueso alveolar

En los pacientes ancianos se va a notar una pérdida del hueso alveolar, debido a la pérdida de dientes.

La velocidad con la que se reabsorbe el hueso depende de muchos factores, por ejemplo, cuando presenta enfermedad periodontal se reabsorbe con mayor rapidez que el hueso sano.

También se presenta osteoporosis senil y es más frecuente en mujeres que en hombres.

La mucosa oral:

La mucosa oral en los pacientes ancianos va a presentar diversos cambios debido a los procesos de envejecimiento y por factores locales como: el hábito de fumar; el uso de prótesis y la higiene bucal influyen en dichos cambios.

La mucosa está atrófica, el epitelio se adelgaza. Se reduce la queratinización de paladar y encías, y por el contrario, los carrillos y labios tienden a queratinizarse.

La superficie del dorso de la lengua se torna lisa por la atrofia papilar, y aparecen fisuras profundas y extensas. También aparecen várices linguales.

Articulación Temporomandibular:

Va a presentar dolor, sensibilidad muscular, chasquidos y limitación de movimientos.

Glándulas salivales:

Al aumentar la edad descende la secreción de mucina debido al deterioro de su epitelio glandular, las enfermedades crónicas disminuyen la producción de saliva (síndrome de Sjögren).

También la toma de medicamentos como: antidepresivos, sedantes, antihipertensivos, etc. que afectan la secreción salival.

El aparato urinario lleva, en el caso de los varones, a la dificultad a la micción debido a una hipertrofia prostática; en la mujer, diversas infecciones provocan incontinencia urinaria.

- ◆ Los pulmones pierden elasticidad provocando falta de respiración y otras afecciones graves, como bronquitis y pulmonía.
- ◆ El corazón funciona con dificultad puesto que falta elasticidad en las arterias, lo cual provoca hipertensión.
- ◆ La escritura es irregular pues falta una buena coordinación entre la mano, los ojos y el cerebro.

4.3 CAMBIOS BIOLÓGICOS.

En términos generales, los cambios físicos que caracterizan la vejez pueden considerarse como la continuación del deterioro que empieza a partir de la edad adulta.

A medida que la gente es más vieja, tiene mayores dificultades para adaptarse a los cambios; tiene mucha menor capacidad de mantener y recobrar su homeostasis. Esta incapacidad adaptativa es claramente evidente cuando el individuo debe soportar cierto grado de estrés psicológico o fisiológico. Por ejemplo, cuando una persona de edad avanzada sufre una infección, la temperatura corporal no se eleva tan rápidamente, o tan exageradamente, como sucede en un individuo joven;

además, una vez que se ha manifestado la hipertermia, toma más tiempo en abatirse y regresar a la temperatura normal. Otro ejemplo de las alteraciones hemostáticas en la vejez es la típica susceptibilidad a las condiciones de hipotermia, es decir, los ancianos se vuelven muy friolentos.

Las alteraciones en los rasgos físicos durante el envejecimiento se deben, por lo general, a cambios en los tejidos conjuntivos. Los tejidos del parénquima se deterioran mucho más rápido en comparación con los tejidos de sostén (fibras colágenas). El adelgazamiento y la fragmentación de las fibras elásticas son la causa de muchos de los cambios evidentes en la piel de los ancianos.

También se presenta una disminución en muchas de las funciones del organismo, inclusive un abatimiento del gasto cardíaco, de la capacidad vital, de la fuerza muscular y del flujo sanguíneo renal. Estos cambios son los responsables de la disminución en la tasa del metabolismo basal y por lo general, una concomitante elevación del peso corporal, de ahí que los pacientes ancianos resulten muy pesados para trasladarlos. Otros factores, como una dieta pobre, y la pérdida de visión, la audición y el sentido del gusto, contribuyen y explican la lentitud de movimientos y la disminución de la capacidad física para desarrollar trabajos, evidente en la mayoría de las personas senectas.

4.4 CAMBIOS PSICOLOGICOS.

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

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

Hay mucho poco deterioro en el funcionamiento intelectual como resultado del "envejecimiento normal", la mayor parte de las destrezas mentales permanecen intactas. Muchas investigaciones han demostrado que la pérdida de la memoria no es tan general, tan representativa o tan severa como se pensó antes.

PERSONALIDAD:

Es una palabra derivada del latín persona que precisamente era la máscara que portaban los actores de la antigua Roma. Esta palabra se refería al aspecto exterior del individuo. Sin embargo, conforme transcurrió el tiempo, el significado del término sufrió una evolución y cada vez se relacionó menos con aquella máscara y más con el actor. La "personalidad" representa, en efecto, la estructura psicológica total del individuo, tal como se revela en su forma de pensar y de expresarse, en sus actitudes e intereses, en sus acciones y en su visión de la vida.

La personalidad está constituida por la manera en que aparecemos ante los demás y ante nosotros mismos. La personalidad está formada por las complejas interacciones entre los atributos con que nacimos (inteligencia, estatura y energía), y las modificaciones introducidas por lo que aprendemos de nuestro medio familiar y cultural.

En general, aunque los rasgos de personalidad tienden a volverse más rígidos a medida que el individuo envejece, la mayor parte de los otros rasgos variables de la personalidad son a la larga, bastante estables ante la vejez. Es muy importante para el profesional de la salud definir claramente los antecedentes de la personalidad de su cliente,

antes de tomar un determinado rasgo presente como manifestación propia del envejecimiento.

TIPOS DE PERSONALIDAD EN EL ANCIANO.

Se clasifican en:

- A) Adaptados**
- B) No adaptados**
- C) Mixtos.**

A) Entre los adaptados están:

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

2.- Los blindados o rígidos, como mecanismos de defensa para atenuar su miedo a los fracasos y a la dependencia. Son más dados a los deberes u obligaciones que a los placeres. No les gustan las discusiones de su vida personal.

3.- Los caseros, pasivos y dependientes, están contentos con estar jubilados y no tener responsabilidades, generalmente no tenían ninguna satisfacción en su trabajo anterior. Poco activos socialmente, suelen ser indulgentes, adaptándose bien a la vejez, porque al estar en ella les pueden comprender mejor sus deseos de inactividad.

B) Entre los inadaptados se encuentran:

Los irritables, habituales cascarrabias, gruñones y frustrados o

amargados. Suelen reprochar a los demás sus fracasos, siendo generalmente desconfiados. Insatisfechos en su trabajo, sintiéndose también incómodos en su situación de retirados en la tercera edad, la cual ven sin futuro alguno. Suelen tener poca estima de sí mismos, estando generalmente arrepentidos de su pasado.

C) Mixtos:

1. - Los introvertidos, de los que hay muchas variaciones, bien adaptados unos y mal o escasamente adaptados otros. Apegados a sus valores, ideas o pertenencias suelen ser taciturnos, sobrios, tímidos y retraídos, reprimiéndose constantemente en las ocasiones en que pudieran manifestarse.

2. Los perturbados, no en el sentido de ser enfermos mentales sino en el de tener perturbadas sus relaciones sociales, son inestables, en ocasiones se adaptan algo, pero generalmente causan conflictos en sus familias y entorno vecinal.

MEMORIA:

Cuando se habla de la memoria, la asociación más inmediata se establece con el concepto de olvido.

La memoria del anciano almacena mal o deposita desordenadamente los mensajes que recibe, y luego al evocarlos puede confundirlos o le vienen a su memoria confusamente. Es por ello que, con el paso del tiempo en la senectud, los olvidos son cada vez más frecuentes, y en la vejez extrema llegan a existir serias dificultades o imposibilidad de memorizar o evocar ciertos sucesos que fueron importantes en su vida.

El factor tiempo influye en la valoración de la pérdida de memoria, declinando esta con el paso de los años en todas sus estructuras: aprendizaje, conservación y evocación, el hecho es de que el anciano pregunta una y otra vez siempre lo mismo, y en ocasiones duda de haber comprendido.

La memoria de hechos próximos es la más débil de los ancianos y la que más se acentúa en un envejecimiento normal. Es esa memoria, la denominada a corto plazo, primaria o inmediata, la que crea más problemas en la vida cotidiana del anciano.

La memoria secundaria, a largo plazo, de un pasado lejano subsiste e incluso en ocasiones parece aumentada, y el anciano vive apoyado en ella, tomando de estas su tema de conversación, lo cual le crea problemas, incomprensiones y rechazos.

DEMENCIA.

La demencia es un deterioro global del intelecto, memoria y personalidad, sin alteración de la conciencia.

La frecuencia de presentación de la demencia es aproximadamente de un 5% en las personas mayores de 65 años, aumentando este porcentaje hasta un 20% a partir de los 80.

La demencia puede presentarse en tres formas:

- ❖ Leve.
- ❖ Moderada.
- ❖ Grave.

Leve: el síntoma inicial es el trastorno de la memoria reciente, de forma episódica, acompañada de fallos en orientación.

Moderada: presenta amnesia global, con desorientación habitual, y se presentan defecto del lenguaje y afectación de lectura y escritura. También se presentan alucinaciones y delirios persecutorios.

Grave: en este período resulta difícil comunicarse con el paciente ya que presenta un deterioro intelectual amplio y global.

Presenta dificultad en la masticación y deglución, sus movimientos son involuntarios.

La marcha y el equilibrio pueden estar afectados, reduciendo al paciente a la invalidez y a la vida vegetativa.

DELIRIUM.

Suele aparecer bruscamente y presenta una reducción de la capacidad para identificar y reconocer el entorno.

Presenta alucinaciones, el lenguaje, en ocasiones es incoherente, trastornos del ciclo sueño-vigilia, con insomnio o somnolencia durante el día.

Este proceso se desarrolla en un corto período de tiempo, horas, días y que tienden a fluctuar durante el día.

DEPRESION.

Se estima que aproximadamente un 2,5% de ancianos padece cuadros depresivos graves y un 13% presenta depresiones ligeras

Con frecuencia se presenta en pacientes mayores de 65 años.

El anciano puede presentar pérdida de interés por las cosas.

Dificultad para experimentar placer.

Trastornos del sueño, con dificultades para conciliarlo y despertamiento precoz.

Pérdida de apetito, deshidratación, estreñimiento.

El pensamiento está retardado.

Tristeza, temor desesperación

Trastornos de motricidad, con inhibición y bloqueo o inquietud y excitación.

ESQUIZOFRENIA.

Se puede dividir en "Temprana" o "Tardía". Son comunes las ilusiones y el tratamiento se basa en tranquilizantes, como la clorpromacina.

ALUCINACIONES.

En la vejez son más comunes las alucinaciones y su significado es incierto, se cree que hay algunas causas probables como: abandono, depresión, demencia, alcoholismo.

LA HIPOCONDRIÁ.

Al hipocondríaco se le puede considerar como una forma de personalidad.

Es una persona que exagera toda sensación que proceda de su cuerpo, y va de médico en médico y nunca encuentra a alguien que lo entienda. ya que nunca se encuentran satisfechos ante los informes que dicen que no tienen un motivo físico para sus quejas y se creen engañados o abandonados.

4.5 CAMBIOS EN EL AFECTO.

Los cambios psicológicos ejercen una influencia grande en la forma como el individuo se percibe a sí mismo.

Además de los cambios biológicos y psicológicos fácilmente observables, el envejecimiento implica un estado mental, percibido internamente, por el individuo de edad avanzada. Es muy probable que una buena parte de los falsos conceptos y de los malentendidos que existen acerca de la vejez provengan de las discrepancias que, con respecto al envejecimiento, tienen los jóvenes y los viejos.

La mayoría de los individuos de edad avanzada dice estar satisfecha, en general, con la etapa que les toca vivir. Las encuestas personales revelan que son muchos los ancianos que tienen un alto concepto de sí mismos; que dicen poseer elevados valores morales y que están menos preocupados con la idea de la muerte que lo que lo están las personas jóvenes. Muchas de las personas de edad avanzada conceden gran importancia a la clase de vida que podrán llevar hasta el momento de su muerte; muy a menudo hacen referencia a los "mejores años" que les faltan por vivir, y no a cuántos años les quedan antes de morir.

El modo como los ancianos juzgan su estado de salud constituye uno de los mejores indicadores de su satisfacción en la vida. Cuando hacen referencia a su salud, hablan, fundamentalmente, de su capacidad funcional; si consideran que todavía son capaces de cumplir con funciones que les permitan mantener su independencia y su participación social, casi con seguridad afirmarán que su salud es buena, sin importarles el grado de incapacidad fisiológica que padezcan.

A pesar de la mayor frecuencia con que se enferman, o necesitan ser hospitalizados, los individuos de edad avanzada consideran, en su mayoría, que poseen una buena salud.

Podría decirse que, por lo general, los ancianos se consideran a sí mismos más sanos de lo que los consideran los médicos. Son optimistas respecto de su salud, independientemente del número de veces que consultan al médico, la cantidad de medicinas que tienen que ingerir, o la categoría, ciertamente objetiva y profesional, en la que son clasificados por el examinador.

Otro punto muy importante en la autopercepción de los viejos es su identificación con la "edad que sienten tener". Esto significa que los viejos establecen una relación entre ellos mismos y otra persona a la que toman como modelo, por el hecho de sentir hacia dicha persona una cierta afinidad. En general, solo un 30 a 40 por ciento de las personas mayores de 65 años se consideran "viejos".

La edad "que sienten tener" es un dato de gran significación para los ancianos, ya que lo toman como un indicador de cómo "deben" sentirse y cómo "deben" portarse. En cuanto una persona se convence a sí misma de que es un anciano, o anciana, empezará a comportarse y sentirse como tal.

4.6 CAMBIOS SOCIOCULTURALES.

Las edades aceptadas socialmente reflejan los papeles que la sociedad asigna a las personas según su edad. La "edad social" puede ser un auténtico grado de desarrollo o, simplemente, un "status"

impuesto por un grupo social.

El envejecimiento suele traer consigo un menor grado de oportunidades dentro de la sociedad. En términos muy amplios parece existir una restricción en los espacios sociales para los viejos; a ello contribuyen: la jubilación o la muerte de amigos y parientes, así como una disminución en la posibilidad de asociarse a otros.

Las estrecheces económicas y las enfermedades pueden provocar dentro del ámbito social de los ancianos que se reduzca mucho, lo cual, si se exagera, provoca el total aislamiento social.

Si bien es cierto que las personas de edad avanzada son más dependientes de otros y reciben una gran ayuda de sus familiares, no es verdad que la mayor parte de los ancianos sean incapaces de mantenerse por sí mismos. Son muchos los que viven en su propio hogar y, en muchos de los casos, son los encargados de los quehaceres domésticos. No existe ninguna prueba que permita afirmar que la irresponsabilidad es una contraparte natural de la edad avanzada; más todavía, el grado de participación social parece mantenerse a los mismos niveles a lo largo de toda la vida. Todas aquellas personas de edad avanzada que en la edad adulta se caracterizaron por sus capacidades de líderes afirman que, después de jubilarse, no tienen tiempo libre y que, por el contrario, se ocupan de numerosas tareas sociales y voluntarias. En el otro extremo, aquella persona que en la edad adulta ha vivido en cierto aislamiento, tiende a mantener esa forma de vida cuando llega a la vejez.

También hay una gran variedad en la jerarquía que las personas de edad avanzada tienen dentro de sus familias. Mientras algunas de ellas ven en los lazos familiares la base de la mayor parte de su intercambio

social, otras no consideran que tales relaciones constituyan el centro de sus actividades sociales.

A menudo se dice que los ancianos prefieren "vivir dentro de sí mismos," pero lo cierto es que la mayoría de ellos expresa un intenso deseo de convivencia con adultos jóvenes.

El profesional de la salud debe tener en cuenta que la sociedad puede y, de hecho, lo hace, asignar a los ancianos determinados papeles y privilegios coincidentes con la filosofía que sustenta, todo ello sin considerar los hechos mismos.

Aun cuando los cambios biológicos que se manifiestan a consecuencia de la edad son bastante semejantes en todas las sociedades, la jerarquía asignada a las personas de edad avanzada presenta grandes variaciones de una sociedad a otra.

Según nuestra estructura social, los viejos son considerados como seres inferiores, improductivos y cuya aportación es nula. Por ejemplo, la "tasa de dependientes" es un término que se emplea para designar el número de individuos por encima de 65 años y por debajo de 20 años de edad. El hecho de considerar a una persona como "dependiente" implica que debe atenerse a la benevolencia de la sociedad para su mantenimiento, habitación y cuidados de salud. Muchas personas de edad avanzada resienten tal calificativo y están haciendo grandes esfuerzos para reconquistar su calidad de personas contribuyentes y miembros activos dentro de la sociedad.

5.1 CONDUCTA.

Los resultados de los objetivos de la educación para la salud invariablemente incluyen cambios en la conducta de la salud; uno de los fundamentos principales de la educación está formado por las ciencias de la conducta.

La ciencia de la conducta según las necesidades de los profesionales de la salud, se ocupa del cómo y por qué las personas se comportan de determinada manera. La antropología, la psicología y la sociología, han proporcionado una basta información acerca de la conducta de las personas hacia la salud.

Es importante, saber los tipos de conducta de cada individuo, especialmente para el profesional de la salud, porque de ello dependerá en gran manera, el éxito de cualquier método que se utilice para concientizar a los individuos acerca de su salud, y más cuando se trata de personas de la tercera edad.

La conducta, es algo difícil de clasificar, sin embargo, los determinantes primarios de ésta han sido clasificados en las investigaciones y teorías de la ciencia de la conducta. Estos determinantes se clasifican a su vez en tres grupos: 1) predisposiciones psicológicas, 2) refuerzos del ambiente y 3) contexto sociocultural.

Dentro de estos tres grupos, se estudian todos aquellos aspectos que de una o de otra forma influyen en la conducta de los seres humanos. Se incluyen aspectos tales como son: conocimientos, actitudes, creencias, habilidades, experiencias, el medio ambiente que rodea a la persona (el hogar, la escuela, el trabajo, su familia, los amigos,

compañeros de trabajo, maestros), y también, las normas que imperan dentro de la sociedad en la que vive el individuo.

Se conocen hasta el momento varias teorías con respecto a la conducta: 1) conductismo, 2) psicología interna (cognición, creencias, actitudes, valores) y 3) teoría del aprendizaje social. Cada una ofrece una interpretación única de las contribuciones relativas de las tres categorías de los determinantes mencionados anteriormente, es decir, las predisposiciones psicológicas, refuerzo ambiental y el contexto sociocultural.

5.2 CONDUCTISMO.

Esta teoría se interesa principalmente por los efectos ambientales que influyen en la conducta del ser humano. En algunas ocasiones, la conducta del hombre se ve influenciada por el entorno que le rodea, éste trae consigo modificaciones de conducta dentro de su persona.

Para los conductistas, es más importante la observación de estas influencias que lo que hay dentro de la cabeza del individuo.

5.3 COGNOSCITIVISMO.

En esta teoría, los investigadores se interesan más por lo que existe dentro de la cabeza del individuo que por los factores ambientales que pudieran influenciarlo. Les interesan las disposiciones cognoscitivistas y afectivas como los valores, creencias, conocimientos y

actitudes. Para ellos la conducta está determinada por lo que siente la persona y no por lo que le rodea.

5.4 TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL.

Los métodos en esta teoría tratan de establecer un puente entre las teorías de la disposición psicológica interna y la conducta. Parten del interés básico de común en la acción recíproca de las disposiciones psicológicas individuales y del ambiente, en particular del ambiente social.

Estos investigadores toman en cuenta las dos primeras como una forma de la conducta del individuo, ya que para ellos es tan importante lo que el individuo siente, es decir, lo que tiene dentro de su cabeza, como a su vez, la influencia del entorno que rodea a la persona.

6.1 PROBLEMAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES EN RELACION CON EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCODENTAL.

En este grupo de personas, los problemas que presentan para poder llevar una correcta higiene bucodental, son muchos y muy variados, y van ligados muchas de las veces con problemas de origen educacional hasta las enfermedades que les impiden poder llevarla al cabo correctamente.

Muchos problemas dentales y bucales pueden originarse por el uso de medicamentos, que en los ancianos pueden ser múltiples debido a las numerosas patologías que padecen y cuyo control se complica por la multimedicación y la sensibilidad de los pacientes hacia los fármacos. En relación con el tratamiento dental, el estrés parece tener una influencia mayor en los pacientes sistémicamente comprometidos mayores de 60 años.

Los pacientes de edad avanzada tienen más posibilidades de padecer hipertensión arterial y por lo general, suelen recibir medicamentos antihipertensivos que repercuten dentro de la cavidad bucal.

Los odontólogos de práctica general suelen no estar capacitados de manera formal en el tratamiento del paciente anciano, como suele capacitarse a los estudiantes universitarios en el manejo de niños, adolescentes y adultos.

Uno de los problemas para el paciente anciano en contra de su salud bucal es, sin duda alguna, el económico.

El hecho de ser pensionados y/o percibir pocos ingresos, vivir en instituciones de beneficencia o con familiares, dependiendo económicamente de éstos, hace casi imposible que el anciano pueda asistir a la consulta dental, y por consiguiente, el que pueda recibir instrucción adecuada para mantener en buenas condiciones su cavidad bucal.

Existen también, problemas para la aceptación de un adecuado plan de tratamiento entre las personas ancianas, hay una gran diferencia de aceptación al intentar aplicar un plan de higiene bucal a un joven adulto, que a un individuo de 60 años o más, esto se debe también a que en el paciente anciano la expectativa que tiene por delante no es tan atractiva, que mejor decide quedarse como está.

Se ha demostrado que el grado de escolaridad influye sobre la necesidad sentida de solicitar tratamiento. En este aspecto, la educación que recibió el ahora anciano durante su niñez no es igual a la que reciben los niños de hoy; en la actualidad, en las escuelas, se les enseña a los niños a cuidar de su salud bucal, esto hace pensar en que la población de pacientes geriátricos futuros, tendrán problemas bucodentales muy diferentes a los de los ancianos de hoy.

Algunos de los pacientes de la tercera edad, no han sido cubiertos por ninguno de los modelos de atención odontológica que existen en el país, algunos otros nunca recibieron del odontólogo tratante, un diagnóstico integral y a otros jamás se les mencionaron las necesidades de un tratamiento preventivo.

Otro de los problemas para que el anciano mantenga su salud bucal, radica en que por alguna razón, no se ha podido entusiasmar al odontólogo para que brinde una atención dental de calidad a los

pacientes seniles.

Es sabido que los mayores de 60 años, es una generación de difícil manejo para el odontólogo, no únicamente por los cambios biológicos y psicológicos, las enfermedades sistémicas asociadas, los fármacos que utilizan, la disminución en su capacidad motriz, visual y auditiva, y los problemas económicos que se viven en este grupo de personas son más graves, generalmente por el desempleo, sino que también el tipo de odontología que vivieron en la primera mitad del siglo XX, ha influido en ellos de tal manera que aunque ellos tuvieran solucionados su problemas económicos, probablemente no acudirían al odontólogo por falta de motivación y de conocimiento sobre las diferentes opciones de tratamiento que se les puede ofrecer.

6.2 DEFICIENCIAS EN CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS.

Dentro de este aspecto, el de la falta de conocimiento, muchas veces se debe de valorar la capacidad del paciente para llevar al cabo un correcto programa de higiene bucodental, ya que muchos pacientes presentan enfermedades que les impiden realizar los movimientos adecuados en una correcta técnica de cepillado.

Dentro de la falta de conocimientos para realizar una buena técnica de higiene, tenemos que hay pacientes que no han sido instruidos acerca de cómo hacerlo adecuadamente.

Hay también dentro de este punto, aquellos a quienes se les explicó cómo hacerlo, pero que por diferentes razones no lo llevan a la práctica en la forma que se les enseñó, puede ser porque no lo entendieron

correctamente o simplemente porque les da flojera hacerlo ya que implica mayor tiempo, cuidado y atención.

Se debe mencionar así mismo, que el paciente desconoce cuáles son los instrumentos adecuados para su higiene. Esto es importante en los pacientes ancianos que todavía conservan algunos dientes, ya que sus tejidos blandos de la cavidad bucal han perdido su tono y se pueden lastimar con cepillos demasiado duros. Por otra parte, tenemos a aquellos pacientes que son portadores de prótesis totales, muchas veces el error no es de ellos, sino del odontólogo al no darle las instrucciones adecuadas para el mantenimiento que deben brindar a sus "placas", ellos creen que por el hecho de ser artificiales no necesitan de higiene y cuidados como son el lavar, enjuagar, etc., sus prótesis totales.

Por otra parte, tenemos el problema de las deficiencias en destrezas para llevar al cabo un buen plan de higiene bucodental en los pacientes de la tercera edad.

Al hablar de este aspecto, es importante tomar en cuenta las múltiples patologías que padece un paciente de la tercera edad, lo cual puede impedirle el correcto aseo de su boca.

Dentro de las enfermedades que pueden provocar un deficiente aseo bucal podemos mencionar:

Artritis. Este padecimiento muy característico de los pacientes geriátricos, impide el poder realizar un correcto programa de higiene en la cavidad bucal, esto es debido a la deformidad que sufren los pacientes particularmente en las manos, lo que les impide en cierta medida, el tomar correctamente un cepillo dental y realizar una buena

técnica de aseo bucodental.

Epilepsia. Algunos pacientes que presentan esta enfermedad, tienen problemas a nivel bucal debido a los medicamentos que se les prescriben derivados del dilantil, este fármaco, como reacción secundaria, ocasiona un crecimiento gingival; de manera que se debe indicarle al paciente las consecuencias que este medicamento causa a nivel bucal ya que no cuentan con la destreza para la correcta higiene bucal que deberían de seguir para que el paciente aprenda a controlar debidamente la placa bacteriana y no se presentara ningún problema.

Pacientes con enfermedad de Parkinson. Este grupo de personas son muy poco coordinados en sus movimientos, ésto, les impide que puedan tener una buena higiene dental por ellos mismos, y que tengan que recurrir a la ayuda de otras personas para poder llevar una buena higiene bucal.

Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Estos pacientes, que sufren una degeneración en las neuronas, se caracterizan por la pérdida de la memoria; como consecuencia de esto, el paciente olvida todo lo que tiene que hacer, desde lo más simple como el comer, vestirse o llevar al cabo su limpieza dental, y tiene que ser ayudado por alguien para poder realizar estas acciones tan simples.

Pacientes autistas o síndrome de Kanner, psicosis cuya causa y origen no están bien determinadas, se caracteriza por una incapacidad más o menos marcada para entender y comunicarse, resultando de ello: Dificultad para la comunicación verbal y no verbal (el lenguaje puede estar parcial o totalmente ausente), evitan la mirada, los ademanes, la expresión facial o cualquier otra actividad que pudiera servir como comunicación.

También presentan una restricción muy marcada de actividades e intereses. Obviamente que estos pacientes necesitan de una persona que los auxilie en las medidas de higiene bucal.

7.1 EDUCACION PARA LA SALUD BUCODENTAL DIRIGIDA AL PACIENTE GERIATRICO.

Partiendo de la definición de educación para la salud, queda claro que el educar a la persona para mantener su salud, no es una cosa sencilla, y mucho menos lo es cuando se trata de aplicar a un grupo como es el de la tercera edad.

Esto es todavía más difícil dentro de la educación para la salud bucodental en el paciente geriátrico, porque hay que enseñar al paciente muchas veces desde lo más rudimentario, para poder tener una higiene bucodental óptima.

Son muchos y muy variados los ámbitos que se deben de tomar en cuenta dentro de la educación para la salud, entre los cuales tenemos:

- ◆ Población a la que se quiere educar.
- ◆ Nivel de educación de la población.
- ◆ Características psicológicas de la población.
- ◆ Necesidades de la población.
- ◆ Preparación del educador o promotor de la salud, etc.
- ◆ Todas estas, resultan imprescindibles para llevar al cabo este tipo de educación.

Sin embargo, al tratarse del paciente geriátrico, la visión de esta educación se va estrechando, esto se debe a que en los ancianos hay factores que no podrán ser fácilmente cambiados; no que sea imposible, sino que por su misma forma de ver la vida, consideran que ya no son necesarios cambiarlos, como pueden ser hábitos higiénicos, estilos de vida, etc.

La población de la tercera edad en México ascendió a 5 millones de personas en 1990, lo que representa el 6.1% de la población total del país, esta proporción supera a la alcanzada en 1970 que fue del 5.6%. en números absolutos, el aumento de ese periodo fue de 2 3 millones de personas, equivalente a una tasa de crecimiento anual de 3.1 %, superior a la registrada por la población en esos veinte años de 2.6%. A esto, habría que agregarle que en la expectativa de vida de las personas de 60 años o más, la mujer tiene una expectativa aún más larga que el hombre. Es lógico suponer que al aumentar la población de ancianos, traiga como consecuencia un incremento en la demanda de los servicios de salud a ellos destinados, los cuales incluyen el servicio odontológico. Esta es una razón por la que debería darse mayor importancia a los aspectos preventivos de las enfermedades bucales entre la población general:

Las personas de edad avanzada, por razones tales como el nivel de educación, baja en los ingresos económicos, incapacidad para trasladarse, dependencia de terceras personas, falta de programas de atención para ellos destinados en las instituciones de servicio de salud, gozan de menos cuidados dentales.

Se debe considerar que los pacientes que ahora pertenecen a la tercera edad, recibieron una educación odontológica distinta (quienes llegaron a recibirla, ya que los estudios epidemiológicos demuestran que de la población anciana actual, el porcentaje de aquellos que recibieron alguna educación con respecto a su cavidad bucal es muy baja), y que por consiguiente tienen expectativas diferentes desde el punto de vista de la terapia odontológica, y por lo tanto, esperarían soluciones distintas a sus problemas bucales que los pacientes geriátricos del futuro.

Para fortuna de los actuales pacientes geriátricos, la odontología ha logrado cambios positivos de actitud, ya no se les da como única alternativa el uso de prótesis totales, lográndose con esto que los pacientes mantengan un mayor número de dientes en boca que las generaciones pasadas, es decir, se está dando un mayor enfoque a la prevención que al tratamiento, esperando también que con el paso del tiempo, las generaciones de nuevos viejos, lleguen a tener expectativas diferentes con respecto a la medicina odontológica, y que reciban los beneficios del avance de los tratamientos de la odontología integral.

Debería ser, como norma, que los odontólogos que laboren en instituciones o en la práctica privada, se preocuparan de la educación de todos sus pacientes de cualquier edad para recibir, entender y proponer odontología preventiva. De esta manera, al vivir las actitudes preventivas y al cambiar la edad del paciente, la conservación de la salud bucal también forme parte de un concepto integral de salud.

7.2 RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE.

La relación odontólogo paciente, es una de las partes más importantes dentro del tratamiento dental. Es aquí donde se conoce al paciente, donde se puede percibir cuáles son sus expectativas al acudir al consultorio dental.

Cuando se habla de pacientes de la tercera edad, esta relación se vuelve mucho más importante, ya que se entiende que un paciente anciano es un tanto más difícil de tratar, ya sea porque presenta una serie de patologías o porque simplemente no siente esa necesidad de atenderse.

Hay que tomar en cuenta que la relación entre un dentista y su paciente, es mucho más íntima que la de un médico general con su paciente, ya que esta última se da muchas de las veces a través de un escritorio, salvo cuando se procede a efectuar una inspección más minuciosa al paciente; en el consultorio dental, se rompe esta barrera puesto que la cercanía entre el odontólogo y el paciente es mucho más cercana. Una de las cosas más importantes para una buena relación odontólogo paciente, es la de crear una atmósfera de confianza entre los dos, otra es la de mostrarle al paciente que el dentista se siente “muy” interesado en su estado de salud, no sólo bucal sino también general. Ésto, adquiere una dimensión mayor cuando se habla de pacientes ancianos, ya que generalmente, son pacientes que requieren una atención especial, no sólo por su estado de salud general, sino también porque son personas que merecen un respeto y sobre todo un valor especial.

Muchas de las veces, el paciente nos habla de su anterior dentista y nos refiere que nunca se interesó por lo que el paciente pensaba, y puesto que ocurre con mucha frecuencia, se debe mostrar al paciente que se quiere ser su amigo.

En los pacientes de la tercera edad, es frecuente que se presenten a la consulta dental acompañados de alguien, ya sea un familiar o un amigo cercano, que los motiva a recibir atención dental.

Al paciente geriátrico, no hay que verlo sólomente con una mentalidad de hacer dinero, (ésto porque los tratamientos que muchas veces requieren son costosos), sino como una persona que ha llegado a una edad a la que se debe admirar y respetar.

Se debe señalar que hay que crear una atmósfera que brinde

seguridad y ante todo "confianza" para el paciente geriátrico, muchas veces, el consultorio dental tiene un aspecto tan moderno que hace sentir a la persona de edad avanzada "más viejo" del lo que realmente es. El aspecto físico del consultorio puede fomentar sentimientos de seguridad tanto física como psicológica. Las partes de éste, deben arreglarse de manera que proporcionen comodidad y aislamiento si es necesario; la sala de espera debe presentar un aspecto de tranquilidad.

Si es la primera vez que el paciente acude a nuestro consultorio, lo primero que debemos presentarle al paciente geriátrico es una sonrisa acompañada de un afectuoso saludo. Puede llevarse al cabo una entrevista en un cuarto que no sea el operatorio, frente a frente para crear una imagen de confidencialidad y cercanía entre el odontólogo y el paciente.

La primera visita es el momento oportuno de demostrarle que se tiene todo el interés, atención y amabilidad; que se le prestará todo el tiempo del mundo a su caso.

En el transcurso de la conversación se tocará el tema de por qué el enfermo decidió asistir a este consultorio en particular, para crear una atmósfera de seguridad.

La primera parte de la relación odontólogo paciente se da al iniciar una exhaustiva historia clínica del paciente geriátrico; es aquí donde se debe mostrar interés por su salud general, qué tipo de enfermedades ha padecido, si ha sido hospitalizado, pero sobre todo, preguntarle dónde y cómo vive, ésto nos dará un parámetro para saber cuál es su personalidad.

Es bueno referir al paciente lo que se va encontrando al hacer la

exploración bucal, ésto le da cierta confianza, ya que se le toma en cuenta, y tendrá la confianza suficiente para preguntar las cosas que piense con respecto de nuestra atención.

Es importante también la comunicación entre el equipo de trabajo en el consultorio, puede ayudar también el que se hable en voz alta entre el dentista y el asistente dental, ya que el paciente geriátrico suele estar presto a todo lo que ocurre en el consultorio y ésto le dará la confianza para pensar que no se están haciendo las cosas a sus espaldas o en secreto.

Es bueno tener tema de conversación con el paciente anciano para amortiguar la tensión que causa la consulta dental, puede comenzarla el odontólogo platicando brevemente acerca de su familia para posteriormente mostrarle al paciente "éste soy yo, ahora dígame quién es usted".

Habiendo completado el expediente del paciente hay que esclarecer si el paciente viene por voluntad propia o por la insistencia de alguien más, ésto con el fin de hacerle entender al paciente lo importante de tener una buena salud bucal, ya que muchas veces a ellos ya no les interesa este aspecto y acuden solamente para satisfacer a quien está insistiendo en que acudan a la consulta.

Teniendo ya un diagnóstico con todos los auxiliares (radiografías, modelos de estudio, fotografías intraorales), hay que hablarle al paciente de seis formas para presentarle su plan de tratamiento:

1. Ser informal. Hablarle al paciente con un tono amistoso, basado en un lenguaje sencillo que el paciente pueda entender, siempre dándole la oportunidad de hacer preguntas y estar a su vez en disposición de

contestarlas todas y sin prisas.

2 Ser específico. El paciente desea saber con la mayor claridad posible qué es lo que se ha visto y encontrado durante la exploración bucal. A los pacientes ancianos les gusta que se les muestre, de ahí que se tengan los auxiliares de diagnóstico a la mano para poder mostrarle sus padecimientos y poder exponerle el consecuente plan de tratamiento a seguir.

Muchas de las veces el paciente anciano se presenta a la consulta debido a la preocupación por los cambios físicos dentro de su boca, esto se debe en muchas de las ocasiones, a la falta de conocimientos acerca de cómo ha de cambiar su boca con el paso de los años.

Algunas veces acuden a la consulta dental porque se descubrieron una "bola" a un lado de la lengua que nunca habían visto; al realizar la evaluación clínica del paciente, el odontólogo se percató de que se trata de un "torus" y no de una patología, y se le explica al paciente que se trata de una formación de hueso duro, denso, y que éste ya lo tenía desde antes y que no le causará ninguna molestia a no ser que interfiera con alguna prótesis, hay que resaltar que no se trata de un "cáncer", ya que es esto lo que pensaba el paciente; si no sé dió cuenta antes fue porque sus tejidos se encontraban en un estado de tonicidad mucho mayor al que ahora tienen.

Es conveniente tener a la mano algunos modelos de prótesis fijas y removibles a fin de que el paciente vea cómo es que podría afectarle su torus. Posteriormente, se le pueden enseñar sus modelos de estudio, esto debe de hacerse con el fin de dibujarle sobre el modelo el tratamiento que se piensa llevar al cabo.

3. Ser sincero. Advertirles que se pretende un tratamiento adecuado a sus necesidades, y que se tratará de rehabilitar de la mejor manera posible, haciendo hincapié en que se hará todo lo posible por una excelenterehabilitación, pero con sus limitaciones que también conlleva, ya que se puede imitar a lo que su propio organismo le proporcionó cuando tenía dientes, pero que no esperen de nosotros “milagros”; ésto es porque muchos de los pacientes de esta edad necesitan dentaduras totales y esperan que sean iguales que los dientes naturales y se desilusionan, pero se les puede hablar del aspecto estético y funcional para llevar un mejor estilo de vida.

Debemos ser honestos, francos, sinceros, al informar a los pacientes de lo que pueden esperar, con el fin de evitar decepciones.

Ésto es muy importante en personas de edad avanzada cuando se van a realizar dentaduras inmediatas, ya que los pacientes esperan demasiado de ellas. Hay que aclararles que habrá una reabsorción normal de hueso debido a las extracciones que se efectuaron, y que será necesario realizar un rebase a la dentadura para un mejor ajuste y con el paso del tiempo realizar una nueva prótesis.

Así mismo, debe de alentarse al paciente reiterándole el aspecto estético que tendrá la prótesis, ya que ésta es una ayuda psicológica para él, así como las ventajas que conlleva: el poder sonreír, el llevar una vida social más placentera, el llevar una alimentación mucho más completa, etc.

4. Ser paciente. Ya que se ha presentado el plan de tratamiento, estar dispuesto a escuchar todas las preguntas y dudas, si no es que también objeciones hacia el plan de tratamiento, alentarlos en cuanto a los

diferentes tipos de tratamiento que se pueden llevar al cabo, pero sobre todo hacer énfasis en lo que una correcta higiene dental puede hacer para mejorar el pronóstico establecido.

Una de las preguntas más frecuentes que el paciente formula es esta: ¿qué pasará si no se lleva al cabo el tratamiento? Es entonces momento oportuno para mostrarle al paciente sus modelos de estudio junto con otros para explicarle cómo se deteriorarán sus dientes debido a las caries extensas que el paciente padece, así como también modelos que tengan bien marcada la zona de la encía sana a fin de que el paciente vea cuál es su problema, de esta manera se convence al paciente de que debe llevar el tratamiento que se le propone.

Cuando un paciente refiere estos tipos de dudas, el odontólogo se está dando cuenta que es un paciente que se interesa por su salud bucal, se ha dicho que las personas ancianas carecen de este interés, pero hay algunas para quienes la estética es algo que se debe de conservar toda la vida.

También es una buena ayuda contar con un pequeño pizarrón, éste puede auxiliar a contestar las dudas del paciente; se le puede dibujar cómo se encuentra la encía en un estado sano, para luego ir dibujando los diferentes niveles de la enfermedad periodontal, ya que ésta es una enfermedad de lenta evolución hasta llegar al estado en que el paciente se encuentra, y cuál será la consecuencia del no realizarse el tratamiento adecuado, lo cual será, sin duda alguna, la pérdida del diente.

Ser entusiasta. Ya que se ha realizado un detallado diagnóstico, se ha informado al paciente de los hallazgos, se ha elaborado un plan de tratamiento de acuerdo a sus necesidades y que se han disipado todas las dudas, es momento de expresarle al paciente aliento a fin de que no

se desanime por lo largo y severo que parece. Afortunadamente, la odontología ha avanzado mucho en los últimos años, lo que antes era un tratamiento radical ahora no lo es, de modo que la odontología puede ofrecerle múltiples alternativas y deben presentarse al paciente a fin de motivarlo para un buen desarrollo del tratamiento y sobre todo para cubrir en la medida de lo posible, las expectativas del paciente.

Este aliento y entusiasmo proporcionado es contagioso, e igual puede servir para que el paciente a su vez anime a otros ancianos a recibir atención dental, ya que lo primero en la atención del paciente es la excelencia en el tratamiento y que a la vez el entusiasmo del paciente se convierta en la acción de recibir asistencia dental.

El entusiasmo puede demostrarse profesionalmente combinándolo con un interés genuino por la salud del paciente, y debe ser expresado con toda sinceridad.

6. Ser un consejero amistoso. Ya se han presentado el diagnóstico, el plan de tratamiento, se le ha animado psicológicamente al paciente para la aceptación del tratamiento, hasta aquí, todo se ve bien. Pero todo esto no es suficiente al momento de entrar en materia de honorarios, ya que el paciente tiene el derecho de saber cuánto le va a costar su rehabilitación, y en última instancia es él quien tiene la última palabra.

Es aquí donde debemos mostrar el sentido de la odontología dirigida a las personas de la tercera edad. Debe mostrarse un poco de ayuda al informarle al paciente anciano que su tratamiento (si es que el diagnóstico así lo permite) puede llevarse al cabo en etapas, que en primer lugar se atenderá lo más urgente, y que posteriormente se irá realizando la rehabilitación de acuerdo a sus posibilidades económicas. Muchas de las veces, esto representa una ayuda muy importante, ya que

suele suceder que el paciente después de recibir la terapia de más urgencia, busca conseguir apoyo económico y el tratamiento se completa favorablemente en menos tiempo.

Durante la fase del tratamiento en sí, la relación del odontólogo con el paciente anciano debe ser amplia de tal modo, que es aquí donde más atención se debe poner en cuanto a la paciencia, sinceridad, amistad, y sobre todo, a la preocupación del estado de salud general del paciente. Esta es la parte más difícil de la relación odontólogo-paciente geriátrico, ya que todo lo anterior es solamente de palabra, (conversaciones, preguntas, respuestas, etc.).

En este aspecto, se debe tomar en cuenta el estado de salud del paciente, su capacidad física, así como la necesidad de adaptaciones al consultorio para hacerlo más accesible para las personas de la tercera edad.

No todos los pacientes tienen las mismas necesidades, por tanto, cada paciente anciano, deberá ser tratado de diferente forma. Algunos podrán ser atendidos en la forma usual, otros, tendrán la necesidad de ser atendidos en una posición más vertical que horizontal, haciendo de ésta, una posición más incómoda para el operador.

También se debe tomar en cuenta el tiempo de la consulta. No es posible mantener al paciente de edad avanzada con la boca abierta por mucho tiempo, aquí es donde se debe tener paciencia y sobre todo respeto; se sabe que dentro de la relación entre paciente anciano y dentista, es mejor cuando al paciente se le toma en cuenta para todo, explicándole cuál es su papel durante el tratamiento que cuando el dentista es autoritario y no lo toma en cuenta para nada. Ya que, si el dentista trabaja en un sentido de suprema autoridad, debe aceptar

también toda la responsabilidad de las consecuencias de todo el tratamiento, sobre todo cuando se trata de rehabilitaciones con dentaduras totales, porque el paciente a veces quiere participar de una forma, aunque sea modesta, ya sea en la elección de los dientes, el color, tamaño, etc.; y cuando hay esta reciprocidad para escuchar y explicar hay menos quejas que cuando se le dice al paciente: "Ya está su dentadura, este es el color de sus dientes, etc.", y al paciente no se le tomó en cuenta.

Dentro de la relación odontólogo-paciente geriátrico, no se debe de excluir de la atención a aquellos pacientes que por diferentes motivos se encuentran hospitalizados o destinados a no poder salir de sus casas.

El tratamiento de la población de enfermos incapacitados para acudir a los lugares tradicionales de tratamiento dental, debe ser una parte de suma importancia dentro de la odontología general, especialmente de la especializada en atender a las personas de este grupo, y que puede ser un servicio muy valioso a la comunidad.

Tanto los enfermos hospitalizados como los que se encuentran confinados en sus casas, necesitan de una "especial" relación dentista-paciente. Ésto se debe en gran manera a la falta de capacitación de los odontólogos en el campo de la atención al paciente discapacitado.

Estos pacientes necesitan un elevado sentido de la confianza hacia el odontólogo, ya que anteriores dentistas los han tratado deficientemente.

La confianza que pueda crear el odontólogo en estos pacientes debe ser mucho mayor que en aquellos que pueden asistir a un

consultorio por sus propias fuerzas. Este grupo de personas tiene problemas psicológicos muy marcados, especialmente aquellos que se encuentran totalmente incapacitados.

La sinceridad con que el dentista se preocupe por su estado de salud oral, le proporcionará al paciente hospitalizado o recluido en casa, una motivación más para animarse a ser atendido dentalmente.

Debe crearse un ambiente de respeto mutuo entre paciente y doctor, debe aprenderse a respetar los límites del paciente para realizar ciertos movimientos, que en un paciente anciano podrían considerarse como sencillos, pero que en esta situación no es así.

La paciencia hacia este grupo de personas por parte del dentista debe ser "muy grande". No es fácil atender a una persona que se encuentra acostada en su cama, y por lo tanto, el tratamiento debe ser un tanto complicado para llevar al cabo.

El odontólogo, se encuentra entonces en la posibilidad de hacer el papel de "amigo" del paciente, una conversación con éste, puede dar lugar a una mejor relación.

Muchas veces estos pacientes necesitan más una dosis de "ánimo", que de atención dental. Pero si se pueden llevar las dos al mismo tiempo, será de gran provecho para los dos.

7.3. IMPORTANCIA EN LA CONSERVACION DE LA SALUD BUCODENTAL.

Dentro de la odontología, como una disciplina que se encarga de proporcionar salud, se debe hacer hincapié en lo que a la prevención de la enfermedad bucodental se refiere.

Para un buen pronóstico en todos los aspectos, se necesita enfatizar la importancia de conservar la salud antes y después de que se presente la enfermedad.

Dentro del grupo de los pacientes geriátricos, este aspecto tiene mayor importancia aún, ya que, como se ha dicho, lo más importante en todos los ámbitos de la salud bucal es la prevención; por tanto, hablarle al paciente de la importancia de ésta, debe ser algo que lo motive a adquirirla si no la tiene, o retenerla y mejorarla si ya presenta ese estado de salud bucal deseable.

Algunos pacientes de la tercera edad, ya no consideran sea importante el mantener un estado de salud óptimo pues creen ya no puede sucederles algo peor, este es un punto de vista casi generalizado dentro de este grupo, pero no por carecer de dientes significa que ya no necesiten mantener la salud de su boca en óptimas condiciones, al contrario, son muchas y muy diversas las patologías que se pueden presentar en un paciente que ya no tiene dientes.

La importancia de conservar la salud bucal en el paciente geriátrico radica en que muchas veces no tienen las mas mínimas medidas de higiene, esto a su vez, trae como consecuencia los procesos infecciosos oportunistas que son frecuentes en la cavidad bucal del anciano.

Los procesos infecciosos en boca del anciano son cosa común, generalmente se presentan en pacientes con una mala higiene, con ausencia de dientes, que portan prótesis totales o parciales y que no se les informó acerca de cómo llevar una higiene adecuada o también cuando las prótesis no se encuentran perfectamente ajustadas; en pacientes que presentan poca o nada de salivación debido a procesos infecciosos o por tratamientos medicamentosos; por todo lo anterior, es importante durante el tratamiento odontológico del anciano recalcarle que debe hacer un esfuerzo para mantener su boca en condiciones excelentes para una mejor calidad de vida.

Hay que añadir que también hay factores externos que contribuyen a la mala salud bucal en un paciente senecto; hábitos como el fumar, el beber, el mascar tabaco, etc., repercutirá en la salud no solo bucal sino también general. Se debe recordar que el odontólogo es un promotor de la salud tanto bucal como general; por lo tanto, es importante hacerle saber al paciente que ese tipo de hábitos repercutirá tarde o temprano dentro de su boca y que traerá consecuencias muy poco favorables y, en casos extremos, hasta radicales si no es que fatales.

Dentro de la importancia de conservar su salud bucal en el paciente anciano, cabe destacar el factor que puede conducir a la manifestación de cáncer en la boca. Esto, debe ser un motivo para que el paciente mantenga una higiene bucal adecuada, ya que la mayoría de los cánceres en boca pasan desapercibidos durante mucho tiempo hasta que se encuentran en una fase muy avanzada. Así mismo, debe de enseñarse al anciano que tenga la habilidad, el autoexamen de su boca, algunas veces cualquier abultamiento, cambio de color en las mucosas, etc., pueden ser la primera manifestación de un proceso peligroso dentro de la cavidad bucal; así como los factores predisponentes que pueden ser hábitos normales para el paciente como el tabaquismo o el alcoholismo, y

que deben ser erradicados de su estilo de vida para evitar el riesgo de padecer un cáncer en boca.

Otro motivo más para que el paciente conserve una buena salud bucal es, el que pueda contar en la actualidad con los avances tecnológicos de los materiales y tratamientos que puede ofrecer la odontología moderna.

Ya no es necesario realizar en un paciente tratamientos tan radicales como una prótesis total porque solamente cuente con unos dientes, o porque presente pérdida marcada de hueso alveolar a causa de una periodontitis como sucedía hace algunos años. La terapéutica en periodoncia ofrece la oportunidad de injertos para llevar al cabo una rehabilitación basándose en prótesis fija, o en estos últimos años, ofrecerle un tratamiento rehabilitador a base de implantes mediante cirugía, aunque no todos puedan afrontar los gastos y cuidados que este tipo de tratamientos representa, ya sea por su elevado costo o por lo largo y molesto que puede ser el tratamiento.

Todo esto puede ser posible siempre y cuando el paciente se concientice de lo importante que es la conservación de la salud bucodental en su persona, y sobre todo, mostrarle lo agradable que sería el poder llevar al cabo una vida social mucho mas abierta y aumentar en su expectativa de vida el deseo de hacer cosas que por su falta de dientes no se sentía con la seguridad y confianza para realizar, además de tener una repercusión psicológica favorable al sentirse aceptado y sobre todo "apreciado" por la sociedad, y en particular, por su "familia".

8.1 MOTIVACION

Nos interesa el problema de la motivación porque esta es la fuerza impulsora que determina nuestras acciones o conducta.

Todos, en cada momento, estamos motivados por una gran variedad de factores internos y externos que influyen en nuestro estado físico, en la forma de ver el mundo, en los pensamientos que nos cruzan por la mente y en las acciones que realizamos. Los motivos pueden ser diversos, constantes, recurrentes y más o menos intensos, pero siempre están presentes.

Para comprender mejor el problema de la motivación existe una teoría del psicólogo Abraham H. Maslow, en ella determina cinco necesidades fundamentales del hombre, las cuales, si son adecuadamente satisfechas, permiten que el hombre se desarrolle plenamente.

Dichas necesidades siguen un orden: hay que satisfacer las necesidades del primer nivel antes de pasar al siguiente, y así sucesivamente.

Las cinco motivaciones fundamentales que tiene el hombre son:

1. Las necesidades vitales: si el hombre no hubiese tratado de satisfacer las necesidades fisiológicas o vitales (el hambre, la sed) simplemente no existiría.

Las necesidades vitales tienen que ser satisfechas constantemente, bien sea de modo consciente o inconsciente, sobre

todo para el buen funcionamiento del organismo pero también para el comportamiento adecuado.

En los ancianos su alimentación es extremadamente escasa por la falta de dientes y por consiguiente sufren un debilitamiento físico, y esto lleva como consecuencia un desinterés por las actividades del pensamiento y por todo contacto social. También demuestran irritación, apatía, depresión, así como falta de sentido del humor y alegría. Su comportamiento obedece únicamente al hambre no satisfecha, necesidad que anula por completo las otras.

2. La necesidad de seguridad: donde el hombre busca su estabilidad, de protección, de orden, de leyes, de certidumbre y de muchos otros factores.

El paciente anciano muchas veces siente la sensación de estar solo y desprotegido. Teme salir a la calle porque la considera una amenaza o un peligro.

3 La necesidad de afecto y unión: todos necesitamos de una pareja, hijos, y de personas a quienes dar, y de quienes recibir amor.

Los ancianos muchas veces ya no cuentan con una pareja y buscan el afecto en sus hijos.

4. La necesidad de estima: aquí el individuo necesita recibir verdadera estima de los demás y de sí mismo. El individuo tiene la necesidad de ser alguien, de ser útil.

Quienes no son justamente estimados pueden desarrollar sentimientos de inferioridad y caer en la depresión.

5. La necesidad de autorrealización: Lo que uno puede ser, debe serlo.

La necesidad de autorrealización, siempre nos acompaña; es una tendencia que nace con el hombre y muere con él.

No es fácil satisfacer esta necesidad y no todos llegan a cumplir esta meta (un pintor debe pintar, un músico debe hacer música); pero si no lo logra no importa, a ella se tiende constantemente, y la esperanza de llegar a lo que se podría ser no se extingue fácilmente.

Quizá son demasiadas las personas insatisfechas de su situación, pero quizá la esperanza permite aceptar lo que se considera transitorio.

Hay muchas fuerzas internas, así como externas, que afectan lo que hacemos, sentimos y pensamos. Pueden ser denominadas nuestras necesidades. Estas diferentes necesidades van desde los impulsos básicos, como hambre, sed, deseos, temores, ambiciones, sexo y liberación de aflicciones, hasta necesidades que se originan en situaciones sociales altamente complejas, como aceptación, reconocimiento, conducción y compañerismo. Todas estas fuerzas sirven como motivaciones en la satisfacción de nuestras necesidades o en el alivio de las tensiones.

COMO SE DESARROLLA LA MOTIVACION

Es fácil identificar cuatro factores o elementos principales de la motivación:

1) Una necesidad o impulso.

corriente. Peor aún, muchas personas no actúan de acuerdo con la información correcta que poseen.

Nos interesa el problema de la motivación porque ésta es la fuerza impulsora que determina nuestras acciones o conducta.

Uno de los objetivos principales del ejercicio odontológico, debe ser educar, motivar al paciente para que adopten los hábitos correctos.

Las presiones sociales y otros factores son importantes para motivar a los pacientes para que adquieran un buen hábito de higiene dental.

Esta información permitirá al odontólogo captar cómo es posible modificar la conducta del paciente. Lamentablemente no siempre es posible, y muchas veces hay que recurrir a la utilización de los impulsos, temores a las consecuencias de la enfermedad, a los resultados del descuido, al dolor, al sufrimiento, a la muerte, angustias y otras fuerzas motivadoras inconscientes que influyen sobre las personas para que hagan lo que es más beneficioso para su salud dental.

Dentro de la motivación que el paciente debe de recibir por parte de su odontólogo, ésta la autoestima propia del paciente, ésta, es un factor determinante para motivar al paciente para que procure una mejor salud dental, esto es aún más importante en el paciente de edad avanzada, quien cree que por estar viejo no necesita de una correcta higiene porque ya le falta poco para morir.

Muchos pacientes que son desdentados, pierden el interés por su salud bucal, creen que por el hecho de no tener dientes implica el no asistir a los servicios dentales; el odontólogo los debe de motivar

explicándoles que con la utilización de prótesis totales se van a ver beneficiados en su función masticatoria y estética, así como ser aceptados socialmente, y lo más importante, aumentar la confianza en sí mismos.

Una forma de motivar a los pacientes que utilizan prótesis totales es enseñarles sus "placas" por su parte interna para que se den cuenta de la falta de higiene en ellas, ya que creen que porque son "dientes postizos" no necesitan limpieza y cuidados.

Una vez que el paciente geriátrico ha sido ayudado a reconocer sus necesidades educacionales, y la importancia que ésta tiene, se le debe alentar al paciente para que se exprese en sus propias palabras. Señalar las necesidades y hablar sobre ellas, aclarar aspectos poco entendidos por parte del paciente. ¡Está comenzando a aprender! , Está comenzando a pensar sobre sus necesidades. Ha hallado un motivo para entrar en acción, o sea está siendo motivado, los pacientes se motivan a sí mismos cuando comienzan a reconocer sus problemas.

El tipo de motivación hacia el paciente puede ser:

Motivación Intrínseca o natural.

Motivación Extrínseca o inducida.

1.- Motivación Intrínseca, el interés del paciente es despertado por sus propias necesidades fisiológicas o psicológicas (hambre, miedo, dolor, deseo de reconocimiento, etc.); además tiene más probabilidades de producir aprendizaje a largo plazo, y debe preferirse siempre que sea posible.

2.- Motivación extrínseca, esta puede ser de dos tipos: recompensa, aprobación o aliento y castigo, temor o amenaza. El interés surge de la oferta de recompensa o de la amenaza o evitar el problema y no necesariamente aprender. Además una vez que se ha obtenido la recompensa o se ha evitado el castigo, es probable que cese el impulso a actuar. En pocas palabras, los resultados de la motivación extrínseca son frecuentemente de duración sólo temporaria.

8.3 COMUNICACIÓN.

No se puede prever cambio alguno en las actitudes del paciente a menos que se establezca una comunicación afectiva. La comunicación es un proceso con dos sentidos. El odontólogo y el paciente deben ser a la vez hablantes y oyentes en puntos diferentes del tiempo. Si se ignora este factor y el odontólogo adopta un enfoque de un sólo sentido en el cual espera que el paciente sea sólo un receptor pasivo de sus palabras y su mensaje, la comunicación se destruye. Es probable que el paciente cierre su receptor, en particular si no comprende o si no le gusta lo que se le está diciendo.

Muchas veces la relación entre odontólogo paciente puede servir como barrera para la comunicación. Para muchos pacientes, el odontólogo puede representar una figura autoritaria, una a la cual no se le pueda responder y preguntar.

Es importante, por lo tanto, que el odontólogo tome la iniciativa para ayudar al paciente a expresar sus deseos, ideas y dudas. Se puede hacer ésto demostrando una preocupación genuina por los problemas del paciente.

La comunicación no verbal, como la expresión facial, la postura corporal y los gestos del paciente tienen también su importancia. Cualquiera que sea su reacción ante las ideas del paciente, el odontólogo debe tener cuidado de no criticarlas o de demostrar que las rechaza, o podría quedar bloqueada toda comunicación. La reacción más común de los pacientes cuando se critican sus ideas o se las discute, es la retracción, se pone a la defensiva, dejan de expresar sus opiniones y hacen oídos sordos a los conceptos emitidos por el odontólogo.

En cualquier ámbito de la vida humana, se ha reconocido la importancia de la comunicación. Constituye un hábito el atribuir la causa de que algo salga mal por los defectos de la comunicación. Particularmente el paciente geriátrico es vulnerable a fallos de comunicación, y es en primer lugar, las personas con las que el odontólogo tiene mayor interés en comunicarse, ya que deberá comprender las dificultades con las que éste se enfrenta.

Los defectos de comunicación pueden ser debidos a:

1. Pérdida sensorial. (sordera y ceguera)
2. Deterioro intelectual. (su memoria falla)
3. Limitaciones sociales.
4. Cualquier combinación de éstos.

El odontólogo debe buscar la forma de cómo comunicarse con todos los pacientes sea cual fuese su impedimento.

Hablar claro y lentamente, pero no en forma exagerada.

Mantener siempre la cara bien iluminada para facilitar la lectura de los labios.

Si todo esto llegara a fallar debemos de utilizar la escritura para comunicarse, pero hay que recordar que el paciente anciano muchas veces no sabe leer o ya no ve bien y no cuenta con lentes.

Al dar las indicaciones el paciente las entiende al momento pero al llegar a su casa ya no recuerda las indicaciones.

Muchos pacientes tienen dificultades para comunicarse debido a la falta de preparación y se sienten menospreciados por su deficiencia en conocimientos.

8.4 METODOS DE COMUNICACIÓN.

Existen varios métodos para que el odontólogo establezca una comunicación con el paciente.

Existen dos tipos de métodos: los directos y los indirectos.

1. Los directos: son los que existen contacto directo entre el odontólogo y el paciente, y se utiliza la palabra hablada, la cual constituye el primer medio de comunicación. Su principal ventaja radica en el contacto directo y ésta facilita la aclaración de las dudas o problemas que pueden surgirle al paciente en el momento de la explicación.

A) La charla: debe ser breve. Es preciso utilizar un lenguaje adaptado a la mentalidad y cultura del oyente

2. Los métodos indirectos: son en los que se va a utilizar la palabra escrita o la imagen.

Este método debe darse sólo a pacientes que ya han recibido una instrucción previa, y a la vez les va a servir para reforzar una enseñanza.

Para la educación indirecta del paciente pueden emplearse dos tipos de material: aquellos preparados por el dentista, y los que se pueden adquirir en los comercios. Los primeros van a ser adaptados a las ideas del dentista, sus métodos y su personalidad.

El material audiovisual debe realizarlo de acuerdo a sus conceptos y métodos educacionales.

En los pacientes ancianos debemos de hacer folletos con letras grandes para que el paciente los pueda leer, sin ninguna dificultad y muchas veces hay que colocarles también dibujos.

A los pacientes invidentes es necesario hacer un audiocasette con los pasos que deben seguir.

En el consultorio debemos colocar información en carteles, pero nunca colocar letras pequeñas, siempre letras grandes y muchas veces que sólo contenga dibujos, ya que así se atrae la atención del paciente.

8.5 TECNICAS PARA LA HIGIENE ORAL DEL PACIENTE GERIATRICO.

Muchos de los pacientes geriátricos no realizan una técnica de higiene bucal efectiva ya que no son fáciles de adoptar y mantener. Además la mayoría de los ancianos son contrarios a aprender nuevas y

laboriosas actividades y aplicarlas como una rutina diaria, ya que sus formas de comportamiento ya están establecidas.

El anciano que por razones físicas o mentales no es capaz de mantener una higiene oral y necesita la ayuda de alguien se le debe de dar instrucción de cómo hacerlo. Puede ser un familiar o alguien que lo visite diariamente.

Debemos esforzarnos por enseñar diversas técnicas de cepillado; se hará hincapié en el hecho de que no hay una forma correcta de cepillado, la forma correcta puede ser cualquiera de numerosos métodos diferentes que convengan a cada paciente en particular.

Lo primero que se tiene que realizar es:

Control de placa: se le debe de pedir al paciente su cepillo de dientes que utiliza, y pedirle que cepille sus dientes. La placa dental no se identifica fácilmente porque carece de color, y para esto es necesario un agente revelador que tiñe la placa; Después se le muestra al paciente y se le tiene que señalar las zonas que han sido pasadas por alto durante el cepillado con la ayuda de un espejo y se le indica que se debe a una falta de método organizado.

ELECCION DEL CEPILLO DE DIENTES.

El instrumento primario para la eliminación de placa es el cepillo dental.

Existe una multitud de formas diferentes, texturas, tamaño y modelos de cepillos dentales disponibles al público.

Las cualidades deseables de un cepillo dental son:

1. Las cerdas deben ser de naylon o sintéticas.
2. El diámetro de la cerda determina su elasticidad.
3. De cerdas blandas con extremos pulidos.
4. Debe contar con 3 ó 4 hileras de cerdas.
5. Deben tener una altura uniforme

MÉTODOS DE CEPILLADO.

Debemos de recordar que el paciente geriátrico puede utilizar los principios de cada técnica para lograr una higiene oral adecuada. Guiar al paciente hacia unos métodos que satisfagan las necesidades individuales es más importante que acentuar una técnica en particular.

CEPILLADO CON MOVIMIENTOS ROTATORIOS:

El método rotatorio es una técnica de limpieza general para eliminar alimentos y placa de la corona de los dientes. Este método acentúa poco la limpieza del surco.

Técnica: se instruye al paciente para que sujete el cepillo de forma que las cerdas estén dirigidas apicalmente y colocadas sobre la encía. Con movimientos de barrido, las cerdas se rotan suavemente sobre la encía y los dientes hacia incisal o las superficies oclusales y se debe repetir por lo menos de 5 a 10 veces, y el cepillo dental se mueve al área siguiente.

En la posición lingual hay que colocar el cepillo verticalmente y lo barre desde lingual hacia el borde incisal.

La porción oclusal debe barrerse moviendo las cerdas de adelante hacia atrás

Cepillar la lengua: se debe sacar la lengua colocar el cepillo lo más posteriormente posible y moviendo el cepillo hacia delante.

MÉTODO DE STILLMAN (MODIFICADO):

Este es útil para estimular y limpiar el área cervical. El movimiento rotatorio se emplea para limpiar las coronas clínicas.

Técnica: se sujeta el cepillo dirigiendo las cerdas apicalmente en un ángulo aproximado de 45°, apoyándose sobre la encía adherida. Las cerdas se deben flexionar con suficiente presión para causar un ligero blanqueamiento gingival y se activa con un pequeño movimiento rotatorio. La rotación se repite unas 8 a 10 veces, después se rota el cepillo desde la encía hacia la superficie oclusal.

El sector lingual anterior se cepilla colocando el talón del cepillo sobre la encía, rotando y barriendo hacia los bordes incisales.

MÉTODO DE BASS:

Este método se utiliza para eliminar de forma eficaz la placa del área del surco.

Técnica: se sujeta el cepillo dental y se colocan las cerdas sobre el margen gingival dirigidas apicalmente en un ángulo de 45° al eje longitudinal del diente. Cuando el cepillo se presiona ligeramente, las cerdas blandas se adaptan a la forma del surco y en el área

interproximal. Se utilizan unos 10 movimientos vibratorios hacia delante y atrás cortos para eliminar la placa del área sin levantar el cepillo.

En el área lingual anterior, el cepillo se inserta verticalmente y las cerdas del talón del cepillo se colocan en el área del surco y se hace vibrar. La superficie lingual se limpia empujando las cerdas sobre las superficies del diente.

MÉTODO DEL RASPADO DE CEPILLO:

Esta técnica funciona bien en los pacientes con una destreza limitada o con problemas de alineación

Técnica: se utiliza para una limpieza en general. El cepillo se coloca perpendicular al eje longitudinal del diente. Se emplean movimientos verticales, circulares y horizontales.

LIMPIEZA INTERPROXIMAL

Al paciente geriátrico se le hace más difícil la limpieza interproximal con el hilo dental, ya que debemos de recordar que muchos padecen artritis en manos y esto se les dificulta. Por ello hay que utilizar algún instrumento para sujetar el hilo.

PASADOR DE HILO:

Es un material flexible. Se coloca el hilo a través del ojo del pasador de plástico. colocado el hilo se hace pasar el hilo bajo el área de contacto estrecho.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

LIMPIADOR DE TUBO (LIMPIA PIPAS):

Este se puede adaptar fácilmente para alcanzar el acceso a las áreas de furcas o a dientes en mala posición. Hay que tener precaución para no lesionar el diente o el tejido con el alambre del limpiador de tubo.

TIRA DE GASA:

Esta se pliega y se utiliza como si se limpiara un zapato; en las áreas interdetales anchas o áreas de pilares la gasa se frota para limpiar y pulir la superficie interproximal.

También se utiliza para cuando el paciente es desdentado para su limpieza bucal, se puede pasar una gasa por todo el reborde alveolar.

CEPILLO INTERPROXIMAL:

Es un pequeño cepillo espiral o de un solo bloque de cerdas unidos al mango. Las cerdas son blandas y se adaptan a las áreas interdetales anchas para limpiar las superficies proximales y estimula el tejido interdental.

Técnica: el cepillo se manipula con una ligera rotación o movimiento de fricción y puede ser útil para pacientes con aparatos que presenten áreas difíciles de limpiar.

HIGIENE ORAL EN PACIENTES IMPEDIDOS Y ENCAMADOS.

El tratamiento de la salud dental de los pacientes que son

cuidados por otras personas en su hogar, hospital, residencia u otra institución a menudo es deficiente a causa de la magnitud de otros problemas sanitarios, la incapacidad para realizar el autotratamiento, o la falta de tiempo, conocimientos o motivación por parte de las personas responsables de proporcionar el tratamiento diario. El odontólogo puede ayudar a suministrar un mejor tratamiento de salud oral a los pacientes encamados y/o hospitalizados, proporcionando servicios de higiene dental directa y enseñando a los miembros de la familia o a los miembros del personal de la institución cómo procurar una higiene oral diaria eficaz.

Los programas proporcionados por el dentista han de intentar enseñar a los auxiliares de enfermería, la importancia de mantener su propia higiene oral personal y el control de la placa y los métodos preventivos eficaces, cuando hayan sido informados y motivados para cubrir sus propias necesidades estarán más motivados para comprender la importancia de proporcionar una higiene oral diaria a los demás.

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DEPENDIENTES.

Los pacientes dependientes incluyen a aquellas personas que están en cama o dependen del personal de enfermería para su tratamiento oral diario debido a incapacidad mental, física o a la pérdida de conciencia. La higiene oral de estos pacientes debe ser proporcionada al menos una vez al día y preferiblemente dos.

Si el paciente está confinado en una cama ajustable, se debe situar la cama en un ángulo de 30 a 45 ° antes de llevar a cabo los procedimientos de higiene oral del paciente. El paciente también puede ser elevado colocando varias almohadas firmes detrás de la espalda. Se le debe de colocar una toalla sobre el pecho. Los pacientes que puedan

expectorar deben de tener una palangana bajo su mentón en la que se vaciara el contenido de la boca. Si el paciente está inconsciente o no puede expectorar, es importante que los procedimientos de higiene oral no introduzcan cantidades de líquido que se podrían aspirar. Siempre la cara del paciente debe ser girada hacia el operador.

Si el paciente está inconsciente o en cama no se utilizará un dentífrico espumoso a causa del riesgo de aspiración de líquidos. En su lugar, se debe de limpiar con una gasa alrededor del dedo para permitir una limpieza más suave, que se ha humedecido en agua, un colutorio o una solución de bicarbonato sódico, ya que el cepillo está contraindicado debido a problemas de coagulación.

A los pacientes que no están en cama se les puede colocar en un sillón o en una silla de ruedas para transportarlo hasta el lavabo. La enfermera debe situarse detrás del paciente e inclinar la cabeza hacia atrás de forma que se pueda visualizar la cavidad oral. El soporte de la cabeza debe ser proporcionado por un cabezal unido a la silla. Se debe utilizar una mano para abrir la boca y separar los tejidos blandos. Si el paciente no coopera abriendo la boca, ésta se debe mantener abierta con la ayuda de un abrebocas.

Después de la limpieza los pacientes que se puedan enjuagar lo harán con agua templada. Y los que no se puedan enjuagar se les irrigará con una jeringa.

Los labios se deben lubricar antes de comenzar los procedimientos de higiene oral para prevenir las molestias y la aparición de grietas.

La reducida destreza de muchas personas de edad pueden exigir algunas modificaciones en los cepillos dentales.

LIMPIEZA CORRECTA DE LAS DENTADURAS TOTALES:

Muchos pacientes salen del consultorio dental carentes de información con respecto a la forma de cuidar sus dentaduras. La profesión dental debe hacer recomendaciones específicas de cómo cuidar y limpiar las prótesis bucales.

Las prótesis acumulan mucha placa bacteriana de diferentes grados en diversas personas. Y los ancianos quizá no son capaces de conservar la higiene adecuada de sus dentaduras, ya que no comprenden qué método de limpieza deben de usar.

La utilización de un cepillo, jabón o limpiador y agua es un método muy popular de limpiar las dentaduras. Se le dirá al paciente, que ese sistema de limpieza causa abrasión.

Se le darán instrucciones de que debe lavar por lo menos dos veces al día y enjuagarlas después de cada comida. Las prótesis se deben de lavar sobre un recipiente parcialmente lleno de agua, y con un cepillo blando especial para dentaduras, se deben cepillar, y cuando el paciente se va a dormir, la prótesis se puede dejar en un vaso con agua con los dientes hacia abajo. La dentadura deberá descansar sobre los dientes, no en sus bordes, sitio en que el peso de la dentadura distorsiona el material suave de rebase.

Una vez por semana se deben dejar en un vaso de agua que contengan una mezcla de una cucharadita de hipoclorito de sodio ya que es un agente germicida eficaz, y calgon, un ablandador de agua, proporciona una acción detergente que ablanda y desaloja los depósitos de alimentos.

El método empleado por el paciente para una limpieza bucal; es importante que se convierta en un hábito cotidiano. La responsabilidad del dentista es informar al paciente y motivarlo para realizar esta rutina día con día.

Debemos hacer que los pacientes lleven una buena higiene oral explicándoles que se pueden presentar diversas alteraciones en boca y estas a su vez desencadenar hasta un cáncer.

Puede presentar úlceras aftosas recurrentes, grietas bucales herpes zoster, candidosis, glosopirosis, etc.

8.6 CAMBIOS EN EL CONSULTORIO DENTAL PARA UN MEJOR SERVICIO AL PACIENTE GERIATRICO

Debemos de recordar que muchos pacientes ancianos no van al servicio dental por que los consultorios se encuentran en segundos, terceros o cuartos pisos y muchas veces no cuentan con elevador y hay que subir escaleras; éste es uno de los tantos factores por el cual a las personas ancianas les resulta difícil llegar a los consultorios.

Al momento que uno como odontólogo planea poner su consultorio, nunca se piensa en la población geriátrica. y personas impedidas Por eso hoy debemos de comenzar en pensar en asistir a estos pacientes ya que los jóvenes y adultos de hoy seremos los viejos del mañana.

Primeramente hay que cambiar el consultorio dental a un primer piso, hay que revisar con atención el ambiente del consultorio considerando espacios suficientes para las personas impedidas, una

iluminación adecuada, hay que eliminar riesgos potenciales en el consultorio que puedan motivar accidentes y revisar aspectos interiores abarcando recepción, sanitarios, sala de espera, pisos, etc., y exteriores como estacionamiento, pasillos y escaleras.

Exteriores:

Debe existir una zona de estacionamiento, la cual debe ser lo suficientemente ancha para acomodar una silla de ruedas al lado del automóvil, debe de estar lo más cerca posible de la entrada del edificio.

El acceso al edificio debe de contar con rampas con espacio suficiente y debe haber barandales a ambos lados de la rampa.

Si se cuenta con escalones, éstos deben contar con una altura uniforme, profundidad adecuada, superficie antiderrapante, barandales firmes por ambos lados de la escalera y una iluminación adecuada.

Lo más importante es el ambiente externo, ya que permitirá un acceso seguro e independiente del anciano.

Interiores:

La sala de espera debe ser un espacio cómodo y agradable para los pacientes, muchas veces se aumenta al máximo la cantidad de asientos, y es mínimo el espacio libre para caminar, recordemos que muchos pacientes ancianos usan bastones o andaderas para trasladarse de un lado a otro y que debe existir una vía libre por lo menos de 71 cm en la sala y por las entradas. El acceso para las sillas de ruedas requiere 81cm de espacio y de un radio de 1.50m.

Cuando el anciano camina sin aparatos puede tener problemas para desplazarse por una sala de espera concurrida, con iluminación deficiente, cubierta con alfombras gruesas o tapetes desperdigados y asientos bajos y demasiado suaves. Tenemos que cambiar todo esto en el consultorio; se debe de tener una iluminación adecuada, hay que reducir el resplandor con cortinas o persianas, las alfombras deben ser de textura densa, eliminar tapetes pequeños o bien colocar piso antiderrapante, las alfombras y el color de las paredes deben ser de diferente color. Los asientos deben ser firmes, sólidos y proveer de asientos de varias alturas.

El empleo del sanitario para el anciano; los retretes pueden hacer particularmente difícil el sentarse y el levantarse.

Si no se cuenta con barandales seguros y adecuados, los pacientes intentarán sujetarse de cualquier cosa cercana que crean conveniente. El lavamanos, el toallero y el portarollos, éstos se convierten en posibles blancos y riesgos potenciales. Por eso se debe de colocar una barra de pared adecuadamente situada y esto nos puede prevenir accidentes.

Otro aspecto que hay que plantear es las manijas de las llaves del lavabo éstas deben ser de palanca o paleta. Las puertas deben de ser de manija o de tirar.

Siempre al paciente anciano se le deben proporcionar las primeras citas, ya que el atardecer puede aumentar el riesgo de caídas, por factores de iluminación.

Debemos dirigir nuestra atención a los métodos que permitan a la población senecta seguir siendo una parte fundamental independiente y productiva de la sociedad.

CONCLUSIONES

Dentro de las especialidades con que cuenta la odontología, la odontogeriatría se está convirtiendo en una de las más importantes de todas ellas.

La atención dental a los ancianos debe ser una parte clave del tratamiento de la odontología integral, es por ello que la preparación formal en el nivel licenciatura debe ser extensa y bien estudiada al respecto del tratamiento de los ancianos, así como se busca preparar al estudiante para la atención del niño, teniendo en cuenta que la población de ancianos va en aumento y con ello, la demanda de servicios dentales para ellos se tendrá que aumentar en forma acelerada.

Es importante hacer notar que el anciano necesita una atención de verdadera calidad, que la persona quien se encargará de atenderlo debe estar preparado no solamente en el aspecto bucal, es decir, no solamente en el conocimiento de las enfermedades bucales más comunes en el anciano y su tratamiento, sus conocimientos deben abarcar aspectos muy importantes de medicina general, farmacología, psicología, nutrición, así como una vocación de servicio que es lo importante dentro de esta especialidad.

GLOSARIO

ANOXIA. Falta de oxígeno cuando no alcanza el nivel suficiente para satisfacer las demandas normales de los tejidos.

ATROFIA. Disminución del volumen de un tejido, órgano, parte o células que habían alcanzado un desarrollo normal, por defectos de nutrición.

CANDIDIASIS. Infección causada por un hongo llamado Candida, generalmente la Candida albicans.

ENFERMEDAD PERIODONTAL. Enfermedad de las estructuras que rodean al diente.

GINGIVITIS. Inflamación de la encía.

GLOSOPIROSIS. Variante de parestesia caracterizada por la aparición de dolor, sensación como de ardor y picazón a nivel de la mucosa lingual.

HERPES ZOSTER. Proceso virósico determinante de una enfermedad inflamatoria aguda que ataca a los ganglios de nervios craneales extramedulares y ganglios de las raíces posteriores de nervios raquídeos.

PARENQUIMA. Sustancia fundamental o especializada o esencial de un órgano o glándula.

PERIODONTITIS. Inflamación del periodonto.

PERIODONTO. Conjunto de estructuras que rodean al diente, integrado por la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento radicular.

QUERATINIZACION. Proceso de maduración por el cual las células provenientes de mitosis que tienen lugar en las capas basal o parabasal del epitelio, luego de migrar hacia la superficie de éste se impregnan de queratina.

QUERATINIZARSE. Volverse queratinizada una superficie.

SINDROME DE SJÖGREN. Enfermedad del colágeno, del grupo reumatoideo de las alteraciones inmunológicas.

ULCERA AFTOSA. Lesión ulcerativa que aparece en la estomatitis aftosa recurrente.

BIBLIOGRAFIA.

1. Henry Rothschild, Factores de Riesgo en la Edad Avanzada, Editorial la Prensa Medica Mexicana, 1ª Edición 1987.
2. Dr. Vargas Domínguez Armando, Dra Palacios Alvarez Verónica Patricia. , Educación para la Salud, Editorial Interamericana, 1ª Edición 1993.
3. Harold C. Kilpatrick, Wesley O. Young. Odontología Clínica de Norteamérica, Simposio sobre: 1. - Una Eficiente Practica Dental. , 2. - Odontología Preventiva, Serie IX, Volumen 26, Editorial Mundi, 1ª Edición 1970.
4. William R. Cinotti, B. S., Arthur Grieder, Robert V: Heckel, B.S., Psicología Aplicada en Odontología, Editorial Mundi, 1ª Edición 1970.
5. Dr. Joseph Barber, Dr. H Gordon Cheney, Dr. James D. Clark, et. al. , Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Aspectos Conductuales y Administrativos de la Practica Dental, Editorial Interamericana, 1ª Edición 1977.
6. Nicholas Coni, Ma, FRCP; William Davison, TD, OstJ, MA, Stephen Webster, Geriátría, Editorial El Manual Moderno, 1ª Edición 1990.
7. De Nicola Pietro, Geriátría, Editorial El Manual Moderno, 4ª Reimpresión 1995.
8. Athena S. Papas, Linda C: Niessen, Howard H. Chauncey, Geriatric Dentistry Aging and Oral Health, Editorial Mosby Year Book, 1ª Edición 1991.
9. Mathy Doval Mezey, Louise Hartnett Rauckhorst, Shirlee Ann Stokes, Evaluación de la Salud en el Anciano, Ediciones La Prensa Medica Mexicana, 1ª Edición 1984.
10. Geza T. Terezhalmly, Michele J Saunders, Nabil F. Bissada, et. al. , Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Odontología Geriátrica; volumen 1, Editorial Interamericana, 1ª Edición 1989,
11. J. F. Bates, D. Adams, G. D. Stafford, Tratamiento Odontológico del Paciente Geriátrico, Editorial el Manual Moderno, 1ª Edición 1986.

12. Josep M. Fericgla, Envejecer una Antropología de la Ancianidad, Editorial Anthropos Editorial del Hombre, 1ª Edición 1992.
13. Salgado Alberto, Guillon Francisco, Manual de Geriátrica; Editorial Salvat Editores, 1ª Edición 1990.
14. B. L. Mishara, R. G. Riedel, El Proceso de Envejecimiento, Editorial Ediciones Morat, 1ª Edición 1986.
15. E. M. Burns, Thomas Gracie, Bernard Isaacs, Enfermería Geriátrica, Editorial Ediciones Morat, 1ª Edición 1980.
16. Grace J. Craig, Desarrollo Psicológico, Editorial Prentice Hall Hispano Americana, 6ª Edición 1992.
17. Walter h. Greene, Bruce G. Simons, Educación para la salud, Editorial Interamericana, 1ª Edición 1991.
18. Jorge Luis Mustieles, Psicología General, editorial Organización Cultural, 1ª Edición 1987.
19. Vida y Psicología, Selecciones de Reader's Digest, 1ª Edición 1987.
20. Lucrecia Modesto Ramírez, Laura Díaz Guzmán, Modalidades Terapéuticas odontológicas recibidas por el paciente anciano, Revista ADM, Volumen LIV Marzo – Abril 1997, No 2, Pag. 102 –109.
21. Raúl Cabrera Hidalgo, Los Viejos en México y su Salud buco-dental ¿qué tipo de atención requieren?, Revista Dentista y Paciente, Volumen 4, No.38, 1995, Pag. 25-26.
22. Juan Manuel Robles, La Odontología Geriátrica Una charla con un conocedor estadounidense cuya trayectoria profesional es amplia y reconocida mundialmente (Dr. Barnet Levy.), Revista Dentista y paciente. Volumen 4, No.38, 1995, Pag. 20,22,24.
23. M. Gordon, P. A. Singer, Septeto Geriátrico Decisiones y cuidados al final de la vida., The Lancet, Volumen 27, No. 6, 1995, Pag. 411 – 414.
24. G. P. Mulley. , Prepararse para los últimos años, The Lancet, Volumen 27, No.4, 1995, Pag. 260 –264.

25. C.D. E.M. Beatriz Georgina Montemayor F, M.C. M.P.H Manuel Barquín, El Odontólogo y la Salud Dental en la Tercera Edad, Dentista y Paciente, Volumen 5, No. 53, 1996, Pag. 38 – 47.
26. Raquel Hangarica Salazar, Gerontología y Geriatria, Editorial Nueva Editorial Interamericana, 1ª Edicion, 1985.
27. Katz Simon, James L. McDonald, George K. Stookey, Odontologia Preventiva en Acción, Editorial Medica Panamericana, 3ª, 1991.
28. John O: Forrest, Odontología Preventiva, Editorial El Manual Moderno, 1ª Reimpresión, 1981, de la 1ª Edicion.
29. E. Cuenca, C Manau, LL. Serra, Manual de Odontología Preventiva Comunitaria, Editorial Masson, 1ª Edicion, 1991.
30. Antonio Zimbron Levy, Mirella Fingold Steiner, Odontología Preventiva Conceptos Básicos, Editorial UNAM, CRIM, 1ª Edicion, 1993.
31. Carl O. Boucher, Judson C. Hickey, George A. Zarb, Prótesis para Desdentado Total, Editorial Mundi, 1ª Edicion. 1977.
32. Sheldon Winkler, Prostodoncia Total, Editorial Interamericana, 1ª Edicion, 1981.
33. Franks A. S. T., Hedegord Bjorn, Odontología Geriátrica, Editorial Labor, 1ª Edicion, 1979.
34. Marcelo Friedenthal, diccionario de Odontología, Editorial Medica Panamericana, 2ª Edicion, 1996.
35. Irene R. Woodall, Bonnie R. Dafoe, Nancy Stutsman Young, Lesli Weed Fonner, Samuel L. Yankell, Tratado de Higiene Dental, volumen I, Editorial Salvat, 3ª Edicion, 1991.