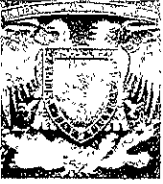


119
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Volvo
[Signature]

**DEMOGRAFÍA Y ASISTENCIA
GERIÁTRICA
INSTITUCIONALIZADA**

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA
PRESENTA:

ANA BERTHA REYES HERNÁNDEZ



DIRECTOR:
C.D. LUIS MIGUEL MENDOZA JOSÉ

MÉXICO, D.F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

[Faint stamp]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES:

por su gran esfuerzo por ayudarme a salir adelante,
por su ejemplo de perseverancia, disciplina
y apoyo moral

A MIS HERMANOS:

Leoncio, Gerardo, Teresa y Eleazar
Por su gran apoyo en el transcurso de mi carrera

Agradezco en forma especial al C.D. Luis Miguel Mendoza José por su paciencia y su valiosa enseñanza que día a día imparte con su mejor esfuerzo para contribuir a la preparación de mejores profesionistas.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Odontología, haberme brindado la valiosa oportunidad de formarme no sólo como odontólogo sino como un ser humano útil a la sociedad

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1 SITUACIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO..... 1

1.1. Antecedentes en México	1
1.2. Incremento gerontológico en el mundo	6
1.3. Incremento gerontológico en México ..	7
1.4. Incremento gerontológico en el DF.....	13
1.5. Población senil de la República Mexicana	14
1.5.1. Condición social.....	14
1.5.2. Condición económica.....	16
1.5.3. Datos estadísticos del IMSS	20
1.5.4. Datos estadísticos del ISSSTE	22
1.6. La jubilación.....	24
1.7. Gerontología social asistencial.....	25
1.8. Promoción geriátrica	27
1.9. Aspectos relevantes en la tercera edad.....	28
1.9.1. Atención médica.....	30
1.9.2. Calidad de muerte.	30
1.10. Promoción gerodontológica	30
1.10.1. Sector salud	31
1.10.2. Aspectos filosóficos.....	32

CAPÍTULO 2 ASISTENCIA GERIÁTRICA 33

2.1. Valoración geriátrica.....	34
2.2. Planes de asistencia geriátrica.....	41
2.3. Directrices que debe seguir todo plan geriátrico según normas de la OMS	41
2.4. Sector geriátrico	44
2.5. Servicio de geriatría hospitalario	45
2.5.1. Niveles asistenciales	46
2.5.2. Cuidados asistenciales.....	47
2.5.3. Actividades docentes.....	48
2.6. Asistencia social gerontológica del sector (servicios sociales comunitarios) ..	48
2.6.1. Servicios a domicilio (servicio social de ayuda a domicilio).....	48
2.6.2. Servicios a la comunidad.....	49
2.6.3. Servicios residenciales	50
2.7. Alternativas de hospitalización.....	50
2.7.1. Hospital general geriátrico	50
2.7.2. Hospital de geriatría	51
2.7.3. Servicio de geriatría (unidad geriátrica en el mundo anglosajón). ...	51

CAPÍTULO 3 CAMBIOS EN EL CONSULTORIO DENTAL PARA UN MEJOR SERVICIO AL PACIENTE SENECTO	53
3.1. Exteriores	54
3.2. Interiores	55
3.3. Cuestiones de seguridad.....	58
CAPÍTULO 4 EVALUACIÓN DEL ANCIANO	60
4.1. Historia.....	60
4.1.1. Motivo de la consulta	62
4.1.2. Historia de la enfermedad presente	62
4.1.3. Antecedentes médicos	62
4.2. Revisión de sistemas	63
4.3. Historia familiar y antecedentes sociales	65
4.3.1. Examen físico	66
4.4. Signos vitales.....	66
4.4.1. Piel.....	67
4.4.2. Examen cervical	67
CAPÍTULO 5 ATENCIÓN A LOS ANCIANOS Y CUIDADOS POSTERIORES 69	69
5.1. Introducción	69
5.2. Problemas de tratamiento	72
5.3. Atención	75
5.4. Servicio de salud dental de la comunidad.....	76
5.5. Equipo	76
5.6. Cuidados generales	77
5.6.1. Limpieza de los dientes naturales	77
5.6.2. Higiene de la prótesis	77
CONCLUSIONES.....	80
GLOSARIO	83
BIBLIOGRAFÍA.....	87

INTRODUCCIÓN

En el año de 1950 se crea un movimiento en el cual se desarrolló la gerontología en México, más tarde en 1976 se fundó la Sociedad de Geriatria y Gerontología en México (GEMAC) cuyos objetivos han sido:

- 1) El intercambio de conocimientos
- 2) La difusión y enseñanza de la rama gerontológica y geriátrica con sus 4 secciones:
 - a) Biología (en la Investigación)
 - b) Medicina clínica (geriatria)
 - c) Psicología
 - d) Ciencias Sociales

llevándose a cabo una gran variedad de congresos.

En agosto de 1979 el Lic José López Portillo creó por decreto el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) con el objetivo de atender, ayudar, orientar y proteger a la vejez mexicana.

Más tarde, se abrieron albergues, centros gerontológicos, bolsas de trabajo, destacándose la función del centro con posibilidades de convertirse en universidad de la tercera edad.

Posteriormente se formaron organismos oficiales y privados llevándose a cabo programas de asistencia social, en el cual se llevará al anciano a una integración social en casas hogares o en centros de desarrollo haciéndolo sentir productivo a fin de conservar el interés por la vida.

En 1985, el IPN se preocupa por forjar los primeros geriatras en México.

Debido al incremento gerontológico en el mundo y en México, aparecen entonces un aumento de enfermedades, de manera que se exigirá una atención privada o institucional, implicando situaciones económicas, sociales, médicas y odontológicas. Manteniendo socialmente al anciano al margen como extraño, privándolo de su capacidad creadora relegándolo de esos recursos ocasionando que el

anciano se sumerja en un sentimiento de amargura e inutilidad, por eso es conveniente mantenerlo en su núcleo familiar, para que pueda seguir desempeñándose en todos sus menesteres, para impedir la soledad, convivir con sus amigos y relacionarse con las distintas clases sociales.

Económicamente la mayoría de los hombres y mujeres que dedican toda su vida al trabajo, en la vejez vuelven otra vez a la dependencia económica, en tanto que los pensionados reciben cantidades inferiores a los jubilados. La jubilación constituye un acontecimiento importante en la vida y aparece como una crisis generando ansiedad o depresión, por eso es importante exigir que al pensionado o al jubilado no se le cierren las fuentes de trabajo ni se rechace su experiencia que puede y debe transmitir a nuevas generaciones

Llevar a un individuo durante la segunda mitad de la vida a un proceso de adaptación es difícil por su incapacidad e invalidez, por lo que se ha creado una gerontología social, la cual se ocupa del hombre como organismo social (que exista dentro de un ambiente social y sea aceptado por éste) dentro de esta ciencia se incluye.

- 1) Una planeación asistencial
- 2) Una asistencia social a ancianos
- 3) Instituciones y centros que prestan servicios a la comunidad como:
 - Albergues o casas de reposo
 - Hospitales de día
 - Residencias diurnas
 - Clubes de la Tercera Edad
 - Centros culturales
 - Cineclubes.

Por lo que se refiere a:

Los asilos (o llamados albergues) se brindan a personas carentes de recursos económicos, al igual a los que se encuentran en el abandono total

En cuanto a las residencias diurnas del INSEN se da servicio a las personas que requieren de un lugar donde convivir y recibir atención durante parte del día de 8:00 a 16:00 hrs regresando a su núcleo familiar el fin de semana, dando atención de servicio médico, trabajo social, paseos, terapia ocupacional y centros productivos como son la cunicultura, hidroponía, etc., dando como resultado mantener al

- 1) anciano activo
- 2) que se sienta integrado
- 3) y sea un elemento productivo

Protegidos y muy bien organizados con el fin de estructurar programas de desarrollo que involucren al anciano como protagonista y participe directo de su bienestar, se debe acompañar a la población en todas sus vicisitudes desde el nacimiento hasta la muerte y procurar que todos esos fenómenos se vean dentro de un contexto de normalidad “evolutiva”, enriqueciendo su vida, su experiencia y capacitación para transitar desde el nacimiento hasta la muerte

Debe de dársele una asistencia geriátrica (hospitalaria y extrahospitalaria) y sanitaria social atendiendo a situaciones de enfermedad y necesidades de los ancianos dando como resultado una buena:

- 1) calidad asistencial.
- 2) una plena integración de los servicios sanitarios y sociales en una determinada área de salud así como una prevención y asistencia dando una mejor calidad de vida para esta población.

Evitando la aparición de enfermedades dado que si estas se presentan, prevenir que evolucionen hacia la cronicidad ó invalidez y que los casos de dependencia sean inevitables llegando tanto a sanos como a enfermos.

Con una integración: multidisciplinaria (como geriatras), enfermeras, fisioterapeutas, asistentes sociales, dado que el paciente presenta varias enfermedades es muy importante que el servicio hospitalario cuente con niveles asistenciales como:

- 1) Unidad geriátrica de ayuda
- 2) Unidad de media estancia

- 3) Unidad psicogeriátrica
- 4) Unidad de larga estancia
- 5) Unidad externa o dispensario geriátrico
- 6) Hospital de día
- 7) Servicio de ayuda y de enfermería

Que cuente además con una valoración geriátrica ingresando en otros servicios de hospital, contando con una asistencia sectorizada abarcando un área geográfica por un determinado número de habitantes proporcionándole una asistencia sanitaria y social conjuntamente.

Así como el suministro de servicio médico dentro de una comunidad con instalaciones de fácil acceso y un entorno que ofrezca seguridad evitando accidentes, revisando tanto aspectos exteriores (como estacionamientos, pasillos, escaleras), como internos (salas de recepción, cubículos y sanitarios).

La prevención de estos contratiempos comprende no solo identificar y eliminar los riesgos ambientales, sino que además se debe educar a la persona y acercar al paciente sobre los recursos preventivos y de rehabilitación así como fomentar la salud bucal ante los ciudadanos de la tercera edad, permitiendo el acceso a la atención tanto hospitalaria como dental, eliminando obstáculos físicos y llevando tratamientos satisfactorios tanto en los hogares como en instituciones.

Odontológicamente se debe dar capacitación al cirujano dentista, para entender los componentes multidimensionales de la vejez, con una educación gerontológica y con un desarrollo de habilidades y conocimientos necesarios para la formación de la salud bucal. Además, la formulación de un modelo de interés académico para el desarrollo nacional de la gerontología y la odontogeriatría.

Esta formación académica debe manifestarse en:

- 1) Impartir conocimientos básicos de.
 - A) Biología del envejecimiento
 - B) Nutrición

C) Rehabilitación de la *patología edentada*

D) Prevención de los padecimientos más frecuentes

E) Las relaciones humanas y socioeconómicas de las personas de edad avanzada.

Mirando hacia el futuro dar un sentido a la vida de los individuos de la Tercera Edad, haciendo válida su existencia y esperando un retorno al nivel funcional previo.

CAPÍTULO 1

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO

1.1 ANTECEDENTES EN MÉXICO

En 1861 se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México

En 1950 el doctor Manuel Payno, asesor médico gerontológico de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) de México, inició un movimiento para el desarrollo de la especialidad. Se le considera uno de los pioneros de la Asociación Internacional de Gerontología (IAG), el movimiento despertó interés entre los profesores y en 1956 culminó en la ciudad de México con el Primer Congreso Panamericano de Gerontología

En 1976, el gobierno del estado de México fomentó una reunión geriátrica en la ciudad de Toluca, en la cual los actuales organizadores del movimiento gerontológico fundaron la Sociedad de Geriatría y Gerontología de México, A.C. (GEMAC), registrada el 16 de mayo de 1977, cuyos objetivos han sido el intercambio de conocimientos, la difusión y enseñanza de la rama gerontológica y geriátrica de sus cuatro secciones: biología (investigación), medicina clínica (geriatría), psicología y ciencias sociales, es nuevamente aceptada como miembro de la Asociación Internacional de Gerontología en agosto de 1978. Entre las actividades llevadas a cabo por dicha sociedad destaca el Primer Congreso Internacional Bilateral de Geriatría de México-Estados Unidos, celebrado en 1978, en la ciudad de Guadalajara, México. En 1989, México fue el anfitrión en el Decimocuarto Congreso Internacional de la IAG, celebrado en el puerto de Acapulco.

La importancia de la gerontología en México se ha elevado gracias a los programas de esta sociedad; más de 2,000 profesionales, médicos, psicólogos, odontólogos, abogados, enfermeras y estudiantes han participado en cursos cortos, de una a cuatro semanas de duración, titulados "Introducción a la gerontología" (1).

En noviembre de 1978, en la ciudad de México se realizó el primer Congreso

Nacional de Gerontología, y en 1991 en el mes de octubre se desarrolló el VII Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología y Curso Internacional de Gerontología. El 22 de agosto de 1979 el Presidente de la República, el Lic. José López Portillo creó por decreto el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), el cuál se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*. En el decreto se señalan los objetivos del mismo: atender, ayudar, orientar y proteger a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas (1,2)

Se abrieron albergues (llamados así y no asilos, debido a lo deprimente que resulta este nombre), centros gerontológicos, clubes de la tercera edad (con más de un millón de afiliados en la República Mexicana) (véanse las tablas 1 y 2), la Procuraduría de la Defensa del Anciano, la Bolsa de Trabajo, el Club de Ecología, el Departamento Deportivo, el voluntariado y los Cursos de Preparación al Retiro. Destacando la Fundación del Centro de la Tercera Edad y la posibilidad de transformarse en Universidad de la Tercera Edad (1,3).

TABLA I
RELACION DE CLUBES DE LA TERCERA EDAD
EN LA REPUBLICA MEXICANA

Entidad Federativa	No. de Clubes	Entidad Federativa	No. de Clubes
1 Aguascalientes	202	17. Morelos	24
2. Baja California	28	18. Nayarit	133
3 Baja California Sur	6	19. Nuevo León	8
4 Campeche	15	20. Oaxaca	16
5 Coahuila	57	21. Puebla	23
6 Colima	10	22. Querétaro	17
7. Chiapas	62	23. Quintana Roo	3
8 Chihuahua	19	24. San Luis Potosí	132
9 Distrito Federal	98	25. Sinaloa	72
10. Durango	56	26. Sonora	65
11 Estado de México	366	27. Tabasco	8
12 Guanajuato	23	28. Tamaulipas	46
13 Guerrero	73	29. Tlaxcala	36
14 Hidalgo	17	30. Veracruz	164
15 Jalisco		31. Yucatán	10
16 Michoacán	24	32. Zacatecas	59
		Total	1872

Fuente INSEN, Diciembre/1997 (3)

Gráfica 1. Relación de clubes de la tercera edad en la República Mexicana

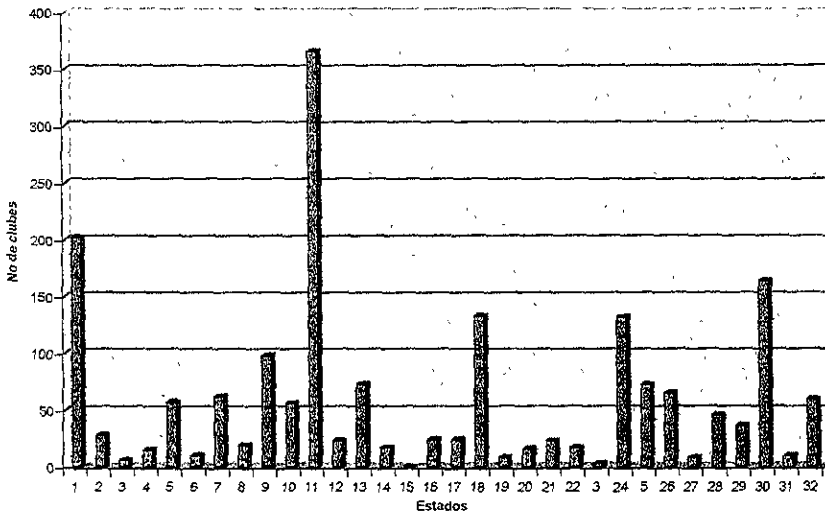


TABLA 2
POBLACIÓN ATENDIDA POR EL INSEN EN LAS 16 DELEGACIONES
POLÍTICAS DEL DISTRITO FEDERAL

DELEGACIÓN	No. DE CLUBES	POBLACIÓN QUE SE ATIENDE
Alvaro Obregón	5	306
Azcapotzalco	2	53
Benito Juárez	3	97
Coyoacán	4	187
Cuajimalpa	2	80
Cuauhtémoc	10	512
Gustavo A. Madero	16	833
Iztacalco	7	489
Iztapalapa	8	446
Magdalena Contreras	3	97
Miguel Hidalgo	5	494
Milpa Alta	3	95
Tlahuac	9	586
Tlalpan	6	221
Venustiano Carranza	12	766
Xochimilco	3	116
Total	98	5378

Fuente: INSEN. Información registrada hasta el mes de febrero de 1999 (3)

El INSEN proporciona en el desarrollo social servicios socioculturales,

servicios educativos y educación para la salud; en cuanto a la asistencia social, presta los servicios de albergues, desarrollo comunitario, cultura física, servicios psicológicos y turismo social y popular (2)

Posteriormente se han fundado varias asociaciones, grupos u organismos oficiales y privados que se han preocupado por algunos de los múltiples aspectos de la gerontología como son: Dignificación de la Vejez (DIVE), Desarrollo Integral de la Familia (DIF), etc. Esta última institución, de nivel nacional, incluye el compromiso hacia la población anciana mediante los siguientes servicios.

1. Programas prioritarios. Se prestan servicios especializados de asistencia social a las personas de edad avanzada en:
 - a) Casas-hogar para ancianos.
 - b) Centros de desarrollo para la comunidad
 - c) Centros familiares

2. Programas gerontológicos. De asistencia social, se centran en cuatro aspectos:
 - a) Modificación de actitudes de la sociedad ante la vejez. Se propugna porque la comunidad vea en el anciano a un individuo productivo, independiente, autosuficiente y plenamente integrado e identificado.
 - b) Aprovechamiento de la experiencia acumulada y su capacidad laboral.
 - c) Se propone propiciar la capacitación e integración de las personas de edad avanzada a las actividades productivas del país.
 - d) Problemas de salud y necesidades de atención médica que tienen las personas de edad avanzada, debido a sus limitaciones físicas, económicas y sociales
 - e) Los problemas de salud de una comunidad pueden conllevar dificultades sociales propias, y requieren un enfoque realista de las relaciones, actitudes, conocimientos y cultura de la población asistida, que deben ser conocidos por el profesional.
 - f) La utilización del tiempo libre y acceso a actividades educativas,

culturales, recreativas y turísticas, a fin de conservar el interés de la persona en el medio que le rodea; asimismo, el mantenimiento de las actividades que le han sido habituales

En noviembre de 1980, se celebraron en la ciudad de México el Segundo Congreso Nacional de Gerontología y Geriátría, las Primeras Jornadas Latinoamericanas de Gerontología y el Primer Curso Internacional de Geriátría; durante ese mismo año en el mes de diciembre, se verificó la reunión preliminar para la Asamblea Mundial del Envejecimiento.

En 1982 se celebró en la ciudad de México el Tercer Congreso Nacional de Gerontología y Geriátría y un Foro Internacional de la Asamblea Mundial de Envejecimiento

En ese mismo año se presentó un programa a las autoridades de la División de Estudios de Posgrado y del Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con la propuesta de especialización en gerontología y geriátría. Dicha propuesta se fundamentó en lo siguiente:

- a) Ha ido aumentando el número de ancianos en México, y son atendidos sin considerar las características particulares de su organismo, de sus trastornos, de su terapéutica, y no encontramos en México centro de enseñanza alguno en donde puedan adquirirse los conocimientos necesarios para proporcionar dicha atención de manera correcta.
- b) No existe tampoco un centro de información académica y de investigación en los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y demográficos entre otros, por tanto, las posibilidades de resolverse problemas que en México se plantean en este sentido son prácticamente mínimas.
- c) Los conocimientos actuales en materia de gerontología y geriátría han adquirido una magnitud tal que para su manejo correcto se requiere personal especializado, por ello, en otros países se han establecido programas universitarios en este sentido, mediante los cuales se han

obtenido una mejor atención médica y una mayor calidad en las condiciones de vida de los ancianos.

En 1983 se crea en México el Consejo Mexicano de Geriatria. Y es en 1985 cuando por primera vez una institución de educación superior como el Instituto Politécnico Nacional (IPN) se preocupa por forjar los primeros geriatras mexicanos y crea la maestría en ciencias con especialidad en geriatría.

La Universidad Iberoamericana (UIA), otorga el Diplomado Universitario en Gerontología a quienes cumplan con el curso sabatino de 184 horas que imparte desde 1990 en el Instituto de la Tercera Edad.

Es importante señalar que en México y el resto del mundo existen diversas organizaciones que trabajan por el bien de las personas mayores de 60 años; asimismo hay diferentes reuniones para dar a conocer los avances en la geriatría y la gerontología en diferentes países.

Uno de los pocos centros culturales que organizan actividades dirigidas a ancianos y en general a todo el grupo familiar es el Centro Comunitario Culhuacán (CCC), dependiente del Instituto Nacional de Antropología e Historia. El centro ofrece diversas actividades para ancianos: taller de macramé, cocina vegetariana y terapia ocupacional. Se desarrollan ciclos de conferencias sobre aspectos médicos de la vejez, que constituyen una guía para las personas en la tercera edad, en lo que toca a control de artritis, diabetes, ceguera y trastornos auditivos (1).

1.2 INCREMENTO GERONTOLÓGICO EN EL MUNDO

La magnitud de problemas que la civilización contemporánea afronta, se manifiesta en el incremento de la ancianidad, en la explosión demográfica, grupo etario que crece tres veces más deprisa que la comunidad en su conjunto. Inevitablemente aparece entonces un aumento de las enfermedades que la vejez ocasiona, de manera que exigirá atención de carácter privado o institucional, lo cual representa un grave problema que tiene implicaciones económicas, sociales, médicas

y odontológicas.

Se considera que ninguna nación, ya sea desarrollada o en vías de desarrollo puede -sin la participación de la vejez misma- satisfacer totalmente sus propias necesidades en los aspectos de salud, bienestar, recreación, exigencias socioculturales, ocupación y empleo del tiempo libre

En proporción a su territorio, la mayor aglomeración demográfica corresponde a Japón, con sus 121 millones de habitantes en alrededor de 300.000 kilómetros cuadrados, de los cuales apenas 25% corresponde a tierras productivas. Es ésta la nación con mayor esperanza de vida del planeta: 75 años para hombres y 80.5 para las mujeres; y debe preverse que del 10% con más de 65 años de la actualidad, la proporción pase a 20% en el año 2000 y 24% en el año 2020.

Actualmente, el número de ancianos en el mundo es de 600 millones, el porcentaje promedio es de 12% de la población total de cinco mil millones de habitantes del planeta. La división de población de Naciones Unidas en 1950 informó que había alrededor de 200 millones de personas de 60 años en adelante en el mundo. En 1975, este número había aumentado a 350 millones, y las proyecciones demográficas para el año 2000 indican que se incrementará a 590 millones, y que para el año 2025 será de más de 1,100 millones en el planeta ⁽¹⁾

1.3. INCREMENTO GERONTOLÓGICO EN MÉXICO

México actualmente se caracteriza por su población joven en rápido crecimiento, debido a un descenso en la tasa de mortalidad; sin embargo, esta disminución no se traducirá en un aumento considerable de la población de personas senectas durante los próximos decenios

En términos de la población total (véase tabla 3), las personas mayores de 60 años han conservado un porcentaje relativo de alrededor del 5.5%. En términos absolutos, este grupo se incrementa cada vez más (véase la tabla 4 y la gráfica 2)

TABLA 3.
POBLACIÓN TOTAL SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA PARA 1995

ENTIDAD FEDERATIVA	ENTIDAD FEDERATIVA		
Aguascalientes	862,720	Morelos	1,442,662
Baja California	2,112,140	Nayarit	896,702
Baja California Sur	375,494	Nuevo León	3,550,114
Campeche	642,516	Oaxaca	3,228,895
Coahuila	2,173,775	Puebla	4,624,365
Colima	488,028	Querétaro	1,250,476
Chiapas	3,584,786	Quintana Roo	703,536
Chihuahua	2,793,537	San Luis Potosí	2,200,763
Distrito Federal	8,489,007	Sinaloa	2,425,675
Durango	1,431,748	Sonora	2,085,536
Guanajuato	4,406,568	Tabasco	1,748,769
Guerrero	2,916,567	Tamaulipas	2,527,328
Hidalgo	2,112,473	Tlaxcala	883,924
Jalisco	5,991,176	Veracruz	6,737,324
México	11,707,964	Yucatán	1,556,622
Michoacán	3,870,604	Zacatecas	1,336,496
		Estados Unidos Mexicanos	91,158,290

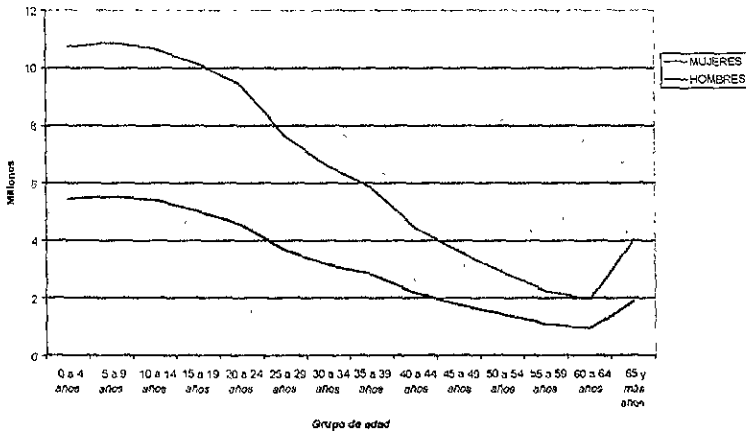
FUENTE INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992 y Tabulados México, 1994 (8)

TABLA 4
POBLACIÓN TOTAL POR SEXO SEGÚN GRUPO DE EDAD 1995

GRUPO DE EDAD	1995		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	91,158,290	44,900,499	46,257,791
0 a 4 años	10,724,100	5,449,356	5,274,744
5 a 9 años	10,867,563	5,515,644	5,351,919
10 a 14 años	10,670,048	5,404,261	5,265,787
15 a 19 años	10,142,071	5,022,243	5,119,828
20 a 24 años	9,397,424	4,538,686	4,858,738
25 a 29 años	7,613,090	3,652,995	3,960,095
30 a 34 años	6,564,605	3,152,462	3,412,143
35 a 39 años	5,820,178	2,804,296	3,015,882
40 a 44 años	4,434,317	2,173,041	2,261,276
45 a 49 años	3,612,452	1,763,505	1,848,947
50 a 54 años	2,896,049	1,418,508	1,477,541
55 a 59 años	2,231,897	1,083,293	1,148,604
60 a 64 años	1,941,953	929,650	1,012,303
65 y más años	4,027,690	1,889,349	2,138,341

FUENTE INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Resumen General. Tabulados Básicos. México, 1992. Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda, 95 (9). Resultados Definitivos. Tabulados Básicos. México, 1996. (10)

Gráfica 2. Población total por sexo según grupo de edad 1995



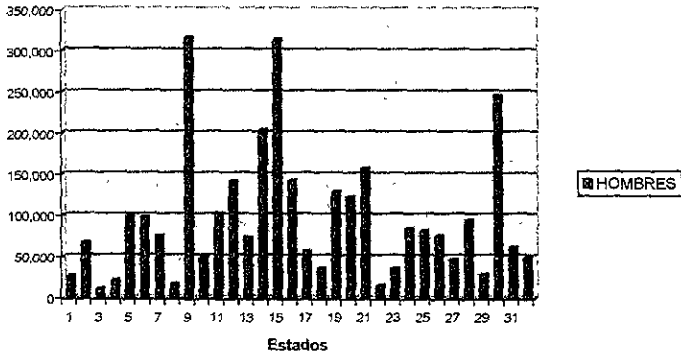
En 1970, en una población de 48 millones de habitantes había 2.7 millones de personas de 60 años, en 1980, con una población total de 69 655 120, el número de senectos aumentó a 3 460 613, lo que representaba el 4.97%. En 1990, de una población total de 85 784 224 dicha población se incrementó a 4 961 216, lo cual equivale al 5.78%. Para el año 2000 se calcula un total de 100 039 016 de habitantes, 7 183 952 de los cuales correspondían a este grupo etario, es decir, el 7.18% de ancianos (véanse las tablas 5 y 6) (1) Las proyecciones que señala el INSEN para la República Mexicana se muestran en la tabla 6, así como en las gráficas 3, 4, 5 y 6

TABLA 5
PROYECCIONES DE POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS AL AÑO 2000
EN LA REPÚBLICA MEXICANA

ESTADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Aguascalientes	25950	33219	59169
Baja California	66634	76794	143428
Baja California Sur	11064	12495	23559
Campeche	20667	22639	43306
Chihuahua	98555	117528	216083
Chiapas	98025	102271	200296
Coahuila	75307	89963	165270
Colima	16887	20432	37319
Distrito Federal	315814	446869	762683
Durango	51578	59537	111115
Guerrero	102187	122054	224241
Guanajuato	141499	175944	317443
Hidalgo	73142	89431	162573
Jalisco	203925	258808	462733
Estado de México	314003	404067	718070
Michoacán	142310	175375	317685
Morelos	56772	71086	127858
Nayarit	35893	40025	75918
Nuevo León	128912	155760	284672
Oaxaca	122707	142557	265264
Puebla	157465	197292	354757
Quintana Roo	15126	16031	31157
Querétaro	35596	44983	80579
Sinaloa	84584	96255	180839
San Luis Potosí	80628	94392	175020
Sonora	75154	86268	161422
Tabasco	46415	53433	99848
Tamaulipas	94570	112773	207343
Tlaxcala	28726	35588	64314
Veracruz	246089	287654	533743
Yucatán	61565	72005	133570
Zacatecas	49129	57820	106949
República Mexicana	3076878	3771348	6848226

Fuente. Consejo Nacional de Población.

Gráfica 3. Proyección de población mayor de 60 años para el año 2000 (Hombres)



Gráfica 4. Proyección de población mayor de 60 años para el año 2000 (Mujeres)

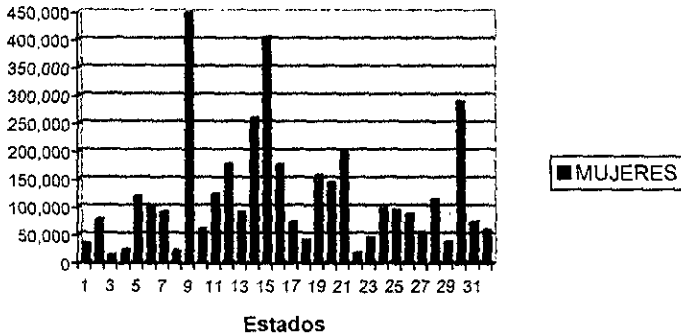
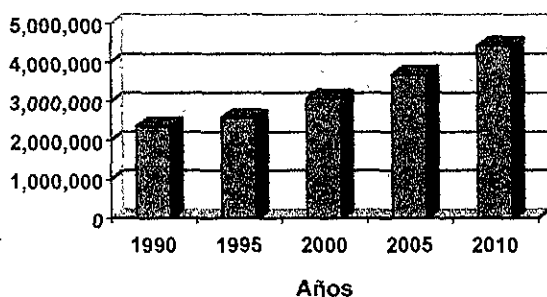


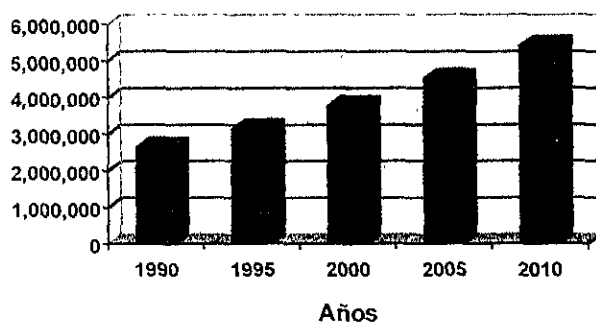
TABLA 6
POBLACIÓN MEXICANA MAYOR DE 60 AÑOS DURANTE 1990
Y PROYECCIONES PARA 1995-2010

AÑO	1990	1995	2000	2005	2010
HOMBRES	2348725	2565933	3076878	3678434	4421550
MUJERES	2639433	3133070	3771348	4511967	5416230
TOTAL	4988158	5699003	6848226	8190401	9837780

Gráfica 5. Población mexicana mayor de 60 años durante 1990 y proyecciones para 1995-2010 (Hombres)



Gráfica 6. Población mexicana mayor de 60 años durante 1990 y proyecciones para 1995-2010 (Mujeres)



La población senecta merece mayor atención y comprensión, lo cual implica otorgarle un significado existencial pleno para el resto de sus días. Hay que tener presente que el aumento de la población senecta debe ser una consecuencia directa del progreso socioeconómico.

1.4 INCREMENTO GERONTOLÓGICO EN EL DF

El Distrito Federal tiene varios millones de habitantes, distribuidos en 16 delegaciones, es inexplicablemente un sitio en donde se alargan cada vez más las expectativas de vida para sus habitantes con todo y la problemática de urbanidad y ecología que conlleva.

Según las estadísticas que registra el *Atlas de la ciudad de México*, y que fue elaborado por expertos del Colegio de México, en los años de 1950 a 1980, el incremento significativo en las cinco delegaciones centrales con la mitad de la población total del D.F. (ver tabla 7)

TABLA 7.
Expectativas de vida (65 años o más)

Delegación	1950 (%)	1980 (%)
Cuauhtemoc	3.8	6.7
B Juárez	3.2	6.6
M. Hidalgo	3.5	5.7
V. Carranza	2.8	4.3
G.A. Madero	2.7	3.4

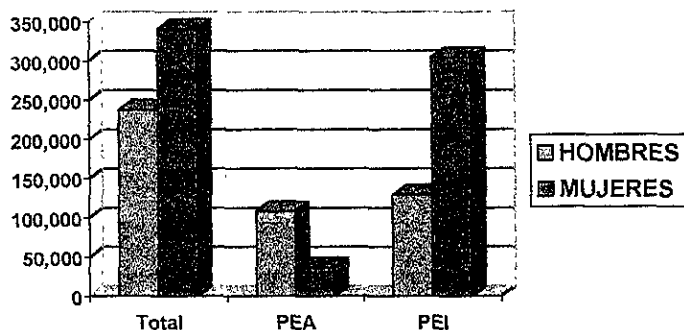
Fuente: Atlas de la ciudad de México
Colegio de México y urbanistas del Distrito Federal, 1985.

En la tabla 8 y la gráfica 7 se muestra la actividad que desarrolla la población de la tercera edad en el DF.

TABLA 8.
POBLACIÓN DE MAYOR DE 60 AÑOS, SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD EN EL DISTRITO FEDERAL EN 1990

SEXO	TOTAL	P.E. ACTIVA	P.E. INACTIVA
HOMBRES	237267	107913	129354
MUJERES	340450	36024	304426
TOTAL	577717	143937	433780

Gráfica 7. Población mayor de 60 años, según sexo y condición de actividad en el DF (1990)



PEA = Población económicamente activa
PEI = Población económicamente inactiva

1.5 POBLACIÓN SENIL DE LA REPÚBLICA MEXICANA

1.5.1 CONDICIÓN SOCIAL

Entre todas las edades -cronológica, biológica, cultural, subjetiva- la social es la más determinante. Es aquella que la comunidad cree que el anciano tiene y a la cual adaptan sus comportamientos hacia él. La sociedad ha sido históricamente injusta con el anciano, manteniéndolo al margen como si fuera un extraño, con grandes riesgos para él mismo, porque mientras es incapaz de sostenerlo, desperdicia sus experiencias y relega su actividad creadora. Por su parte, al verse privado de esos recursos el anciano se sumerge en un sentimiento de amargura e inutilidad, de ahí que la reforma de su imagen en la sociedad sea indispensable.

En nuestro medio más del 90% de las personas de edad avanzada viven en núcleos familiares, los cuales constituyen el clima ideal y el mejor hábitat para envejecer.

Nuestro país cuenta con cerca de dos millones de kilómetros cuadrado, y cuenta con una gran tradición agrícola con una gran población rural. La falta de promoción de programas de salud para el anciano hace que muchos hombres entre los 45 y 64 años mueran a causa de cirrosis, obesidad y otras enfermedades degenerativas.

Con la edad aumentan los problemas de salud, particularmente los padecimientos crónicos, y que producen incapacidad, pero esta mayor demanda de servicios se cubre en niveles más complejos de atención. El proceso de migración rural-urbano acentúa aún más los problemas de demanda de servicios

Sólo en familia el anciano puede seguir desempeñándose en todos los menesteres y continuando por la vida sin que disminuya su personalidad ni pierda sus afectos especiales. Es tradicional, y al parecer perdurará durante un largo periodo, la integración del anciano a una familia ideal, conservando su hogar por toda la vida. Como esto no es siempre posible, es preciso acudir a la familia de los hijos o parientes más cercanos, que deben ser formados en la idea que de tener al anciano consigo constituye un privilegio y no una carga.

De acuerdo con el Dr J González Aragón estudios científicos recientes muestran, que la prevención de la soledad es una de las facetas de la personalidad que cambia con la edad, y que para el anciano representa una enfermedad muy grave que lo deprime y desampara. En este sentido, la incomprensión de los familiares, en particular de los hijos y nietos, en torno de las costumbres de las personas de edad avanzada, las obliga al aislamiento

En nuestro país es muy común que se prefiera utilizar los sistemas privados de atención a la salud, y no los oficiales para el control de los ancianos. Es materia de *honor* mantener a la madre o al padre relativamente saludable y feliz en el círculo familiar.

La idea actual de que los ancianos están “bien cuidados” en el núcleo familiar puede ser la razón de la ausencia de programas que puedan reforzar la idea de la familia como recurso nacional.

Es necesario que la atención a los ancianos cuente con la colaboración del Estado, así como de la participación de la sociedad, de la familia y del anciano mismo⁽¹⁾.

Dentro de los Derechos de los ancianos, dados a conocer en el año de 1978 por medio de la Organización de las Naciones Unidas se menciona que el anciano tiene derecho a la asistencia social; entre las que destacan que al anciano se le debe de dar la posibilidad de frecuentar y convivir con sus amigos para evitar la soledad, que debe relacionarse con las distintas clases sociales y que deben ser tomados en cuenta por las autoridades sin que exista discriminación de ningún tipo, además que deben tener una presencia política eficiente y representativa que los posibilite en la participación de la elaboración de leyes ⁽⁴⁾

1.5.2 CONDICIÓN ECONÓMICA

En México, las pensiones fueron, en tanto prestación económica, la primera manifestación de la seguridad social.

Durante el periodo de la Conquista se crearon instituciones de seguridad social como las pensiones para necesitados. En 1824, por primera vez, se establecieron las pensiones.

A finales del siglo pasado (1896) surge la ley de Pensiones, Montepío y Retiros, poco después se aprueba el otorgamiento de pensiones a maestros y, más tarde, a empleados federales.

En agosto de 1925, se publica en el *Diario Oficial* la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro.

A partir de entonces se han introducido varios cambios, se ha modificado la ley, se creó la Dirección de Pensiones Civiles, la cual desapareció y es sustituida en 1944 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en 1972 el Fondo de Vivienda y Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE) ⁽¹⁾.

DATOS ESTADÍSTICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO

La prestación de los servicios de salud (1995) se divide de la siguiente manera.

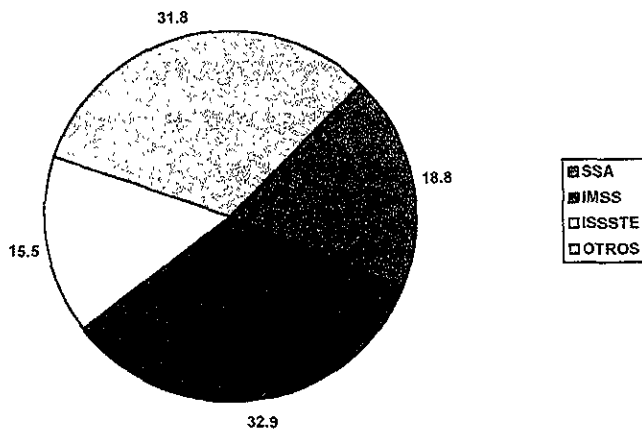


TABLA 8
Infraestructura Física por Institución de Salud
 1997

Institución	Total de Unidades	Consulta		Hospitalización	
		Externa	Total	General	Especialidad
SSA 1/	9,255	8,890	365	270	95
IMSS	1,755	1,499	256	215	41
ISSSTE	1,212	1,114	98	87	11

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud
 Fuente: DGEI, Boletín de Información Estadística No. 17, Vol. 1, 1997

TABLA 9
Sistema Nacional de Salud
Recursos Materiales por Institución de Salud
1997

Institución	C a m a s		C o n s u l t o r i o s				Quiró- fanos	Labora- torios
	Censables	No censables	Total	Gene- rales	Especia- lizados	Otros		
SSA 1/	31,064	31,205	20,111	12,399	4,794	2,918	988	835
IMSS	28,226	14,506	13,259	6,100	3,589	3,570	937	468
ISSSTE	6,824	2,785	5,047	2,391	1,415	1,241	283	170

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud
Fuente DGEI, Boletín de Información Estadística No 17, Vol I, 1997

TABLA 10
Sistema Nacional de Salud
Personal Médico según tipo por Institución de Salud
1997

Institución	T o t a l	E n c o n t a c t o c o n e l P a c i e n t e					E n O t r a s L a b o r e s
		Subtotal	Gene- rales	Especia- listas	E n F o r- m a c i ó n	O d o n t ó- l o g o s	
SSA 1/	47,609	43,731	10,669	12,782	15,860	4,420	3,878
IMSS 2/	48,658	35,190	13,503	14,552	5,435	1,700	13,468
ISSSTE	16,487	15,662	4,564	7,403	2,749	946	825

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud
2/ No incluye 160 médicos que laboran en oficinas centrales de IMSS
Fuente DGEI, Boletín de Información Estadística No 17, Vol I, 1997

TABLA 11
Sistema Nacional de Salud
Personal Paramédico según tipo por Institución
1997

Institución	E n f e r m e r a s					O t r o s P a r a- m é d i c o s	S e r v s. A u x s. d e D x. y T x.	O t r o P e r s o n a l 3/
	Total	Gene- rales	Especia- lizadas	Auxi- liares	O t r a s			
SSA 1/	60,872	25,161	3,188	20,909	11,614	3,565	13,717	50,036
IMSS 2/	74,681	30,554	13,505	28,270	2,352	23,399	13,883	48,611
ISSSTE	18,460	7,363	4,167	6,533	397	1,919	3,049	21,651

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud
2/ No incluye 19 enfermeras, 277 auxs de Dx. y Tx y 1,036 de otro personal que laboran en oficinas centrales del IMSS
3/ Incluye personal administrativo y otro personal
Fuente DGEI, Boletín de Información Estadística No 17, Vol I, 1997

TABLA 12
Sistema Nacional de Salud
Consultas por tipo e Institución de Salud
1997

Institución	Consulta Externa				
	Total	General	Especializada	Urgencias	Odontológica
SSA 1/	54,119,303	38,852,774	7,470,761	4,139,525	3,656,243
IMSS	103,269,673	68,784,211	14,883,012	15,042,506	4,559,944
ISSSTE	23,268,579	15,553,399	5,509,376	826,431	1,379,373

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud
 Fuente DGEI, Boletín de Información Estadística No 17, Vol. I, 1997 (13)

TABLA 13
Anexo Estadístico del Cuarto Informe de Gobierno
Principales Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud
Médicos

Concepto	1995	1996	1997	1998e/
SSA y SS de ent. fed. 1/	35033	37620	45676	47828
IMSS 2/	5385	5434	5419	5469
IMSS 3/	47420	47813	48658	48658
ISSSTE	15775	15945	16487	16922

1/ Hasta 1996 sólo incluye información de la SSA

2/ De 1986 a 1989 se refiere a IMSS-COPLAMAR. A partir de 1990 se le modifica el nombre por el de IMSS-Solidaridad

3/ Incluye médicos que laboran en oficinas centrales. para 1995, 124 y para 1996, 127.

e/ Cifras estimadas.

Fuente: Secretaría de Salud, a través de la información proporcionada por las instituciones del Sistema Nacional de Salud (14)

TABLA 14
Anexo Estadístico del Cuarto Informe de Gobierno
Infraestructura Médica del Sistema Nacional de Salud
Distrito Federal

Año	Total de Unidades	Unidades Consulta Externa	Hospitales		
			Total	General	Especialidad
1995	774	663	111	48	63
1996	773	663	110	44	66
1997	770	660	110	44	66
1998 e/	789	679	110	43	67

e/ Cifras estimadas

Fuente: Secretaría de Salud, a través de la información proporcionada por las instituciones del Sistema Nacional de Salud (14)

TABLA 15
Principales Servicios, Recursos Materiales y Humanos del Sistema Nacional de Salud
Distrito Federal

Año	Consulta General	Consulta Especializada	Servicios de Hospitalización			Camas Censables	Consultorios	Médicos 1/	Enfermeras
			Egresos	Intervenciones Quirúrgicas	Días Paciente				
1995	14254795	7980826	681659	443159	4159462	16917	6840	26610	38696
1996	15256503	8560757	685142	467684	4278396	17205	6914	27066	39223
1997	15554057	8455443	681060	447475	4289041	16746	7404	28749	39648
1998 e/	16136536	8627647	699916	434116	4380570	16891	7544	29240	39934

1/ Incluye médicos generales, especialistas, pasantes, residentes, odontólogos y médicos en otras labores

e/ Cifras estimadas.

Fuente: Secretaría de Salud, a través de la información proporcionada por las instituciones del Sistema Nacional de Salud (14)

TABLA 16
Personal Médico según por Tipo
1997

Entidad Federativa	En contacto con el Paciente				
	Médicos en Adiestramiento				
	Odontólogos	Medicina	Pasantes	Interno	Residentes
Distrito Federal	356	16	218	52	294
México	347	652	294	332	425

Fuente: SSA, DGEI, Sistema de Información en Salud para Población Abierta, Renis, 1997 (15)

TABLA 17
Estadísticas Vitales
Capítulo: Mortalidad
Defunciones por grupo de edad
según Entidad Federativa, 1997

Entidad Federativa	45 a 54	55 a 64	65 y más
Distrito Federal	4,248	6,195	24,560
México	4,986	6,492	20,187

Fuente: INEGI, SSA/DGEI, 1998.

1.5.3 DATOS ESTADÍSTICOS DEL IMSS

Entre las responsabilidades fundamentales del IMSS se cuenta con la prestación eficaz de servicios médicos, el cumplimiento oportuno de las prestaciones difendidas, pensiones derivadas de invalidez, vejez, maternidad, orfandad, muerte o por riesgos de trabajo. Las prestaciones sociales incluyen el bienestar familiar, la

educación y la capacitación, entre otras

Para 1997 el IMSS presenta las siguientes estadísticas para el DF, en cuanto a la prestación de servicios de salud.

TABLA 18
CONSULTORIOS Y CUBICULOS POR TIPO DE SERVICIO
SEGURIDAD SOCIAL

	1997					
	Urgencias	Estomatología	Especialidades	Medicina Preventiva	Psicología	Nutrición y dietética
DF noroeste	15	31	103	12	7	7
DF noreste	47	27	286	21	16	6
DF suroeste	53	33	305	14	16	10
DF sureste	53	39	180	17	14	7
Total	168	130	874	64	53	30

Fuente Recursos Físicos en servicio, división de informática médica, Dirección de Prestaciones Médicas (16) (5)

TABLA 19
HORAS TRABAJADAS EN CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, DENTAL URGENCIAS
Y ESPECIALIDADES
SEGURIDAD SOCIAL

	1997			
	Medicina Familiar	Dental	Urgencias	Especialidades
DF noroeste	649,269	79,521	198,143	209,275
DF noreste	650,932	75,494	205,949	358,512
DF suroeste	582,552	69,030	339,161	401,741
DF sureste	669,754	84,003	266,137	287,733
Total	2,552,507	308,048	1,009,390	1,257,261

Fuente. Subsistema 10 Población y Servicios Otorgados. División de Informática. Dirección de Prestaciones Médicas (16) (5)

TABLA 20
EGRESOS, DEFUNCIONES, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DIAS PACIENTE Y
MOVIMIENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
SEGURIDAD SOCIAL

	1997				
	Egresos	Defunciones	Intervenciones Quirúrgicas	Días Paciente	Pacientes egresado
DF noroeste	37318	956	41047	244014	659
DF noreste	94598	4032	50504	694946	2052
DF suroeste	88040	3491	58165	559579	624
DF sureste	65975	1704	49213	314440	1125
Total	285931	10183	198929	1812979	4460

TABLA 21
MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO
POBLACIÓN DERECHOHABIENTE USUARIA IMSS

GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	1996			TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO			
60-64	7637	3837	3800	16 03	8 06	7 97
65-69	8580	4389	4191	18 00	9 21	8 79
70-74	8959	4788	4171	18 80	10 05	8 75
75-79	7853	4127	3726	16 48	8 66	7 82
80-84	6176	3116	3060	12 96	6 54	6 42
85 Y MÁS	8449	4036	4413	17 73	8 47	9 26
TOTAL	47654	24293	23361	10 98	50 98	49 02

FUENTE. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS, COORDINACIÓN DE SALUD COMUNITARIA CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN (16) (5)

1.5.4 DATOS ESTADÍSTICOS DEL ISSSTE

Institucionalmente uno de los problemas que enfrenta la persona que va a jubilarse es que no se consideran, en el promedio salarial de los últimos tres años de trabajo, las horas extras o las compensaciones. Los pensionados, también reciben cantidades inferiores a los jubilados, ya que no cumplieron los 30 años de trabajo que la ley señala.

El ISSSTE, institución que incluye a todos los trabajadores al servicio del Estado (que suman un total de 600,000) registra un total de 75,931 jubilados y pensionados.

La mayoría de los hombres y mujeres que dedican toda su vida al trabajo, en la vejez vuelven otra vez a la dependencia económica y su problema se recrudece con el proceso inflacionario.

La mayor parte de los jubilados depende de las oficinas de gobierno o de empresas paraestatales, en tanto que los pensionados por la Ley del Seguro Social son trabajadores de diversas empresas privadas, a quienes después de tener una cotización mínima de 500 semanas en el IMSS y de haber cumplido 65 años de edad para obtener una pensión por vejez o cesantía por edad avanzada, se les concede este apoyo.

Los jubilados lo son por la vía de la contratación colectiva, y los que en su mayor parte han alcanzado ese beneficio fueron trabajadores del gobierno de empresas paraestatales. Al dejar de trabajar, éstos obtienen jubilaciones de entre 80 y 100% del último salario mínimo.

Los servicios geriátricos para que los ancianos reciban una atención más humana y especializada deben incrementarse. Para que este problema no se magnifique resulta indispensable establecer medidas en beneficio de este sector de población, que para el año 2000 se incrementará en un 80% (1).

A continuación se muestran algunas tablas con datos estadísticos del ISSSTE

TABLA 22
RESUMEN DE POBLACIÓN AMPARADA POR GRUPOS
DE EDAD, SEXO Y TIPO DE DERECHOHABIENTE

Grupos de edad	Trabajadores y pensionados			Cónyuges		
	Total	H	M	Total	H	M
60-64	89235	59611	29624	32905	131	32774
65-69	69091	48692	20399	23005	400	22605
70-74	44693	30478	14215	11258	339	10919
75 y más	68246	44167	24079	11024	207	10817

TABLA 23
RESUMEN DE POBLACIÓN AMPARADA POR GRUPOS
DE EDAD, SEXO Y TIPO DE DERECHOHABIENTE
DISTRITO FEDERAL

Grupos de edad	Trabajadores y pensionados			Cónyuges		
	Total	H	M	Total	H	M
60-64	27218	18180	9038	10514	41	10473
65-69	21075	14850	6225	7352	128	7224
70-74	13635	9295	4340	3600	107	3493
75 y más	20817	13469	7348	3525	65	3460

TABLA 24
RESUMEN DE POBLACIÓN AMPARADA POR GRUPOS
DE EDAD, SEXO Y TIPO DE DERECHOHABIENTE
AREA FORANEA

Grupos de edad	Trabajadores y pensionados			Cónyuges		
	Total	H	M	Total	H	M
60-64	62017	41431	20586	22391	90	22301
65-69	48016	33842	14174	15653	272	15381
70-74	31058	21183	9875	7658	232	7426
75 y más	30698	16731	7499	7499	142	7357

TABLA 25
CONSULTAS POR GRUPOS DE EDAD, EN EL DISTRITO FEDERAL

	45 A 64 AÑOS	65 AÑOS O MAS
D.F. ZONA NORTE	285104	122653
D F ZONA ORIENTE	213819	71237
D.F. ZONA SUR	312990	161022
DF ZONA PONIENTE	181055	69683

TABLA 26
DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD, EN EL DISTRITO FEDERAL

	45 A 64 AÑOS	65 AÑOS O MAS
D F. ZONA NORTE	252	361
D.F. ZONA ORIENTE	184	245
D F. ZONA SUR	250	531
DF ZONA PONIENTE	100	259

TABLA 27
CONSULTAS POR SERVICIO Y TIPO EN CLINICAS,
EN EL DISTRITO FEDERAL Y AREA FORANEA

Servicios	Total	1a vez	Subsecuentes	1ra vez	Subsecuentes
Odontología y odontopediatría	1275762	471	804128	1879.02	3203 70
DF	364780	124553	240227	469.23	957 08
Area Foránea	910982	347081	563901	1382.79	2246 62

(6) (7)

1.6 LA JUBILACIÓN

La jubilación representa el cese obligatorio de la actividad laboral y la percepción por este hecho de una remuneración o pensión

Dada la generalización de la edad de jubilación a los 65 años como lo fija la seguridad social, y el aumento de la esperanza de vida en México es importante analizar las características humanas que rodean a estas personas de edad avanzada, es decir, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que acompañan a este periodo de la vida, cada vez más largo y en el que tiene que llevarse a cabo un difícil proceso de adaptación que resulta determinante según el nivel socioeconómico y profesional.

La jubilación constituye un acontecimiento importante en la vida y aparece como una crisis. como el nacimiento, la pubertad o la menopausia, cuyas consecuencias en muchas ocasiones son desfavorables para la salud física y mental de los individuos, y a su vez pueden ser generadores de ansiedad o depresión.

La vejez no es sólo un destino biológico como consecuencia directa de los años y muchas veces de las enfermedades que la acompañan y que deterioran la salud; es también, un destino social.

En la jubilación hay tres etapas importantes:

1. El hecho en sí mismo, que en ocasiones es celebrado y otras veces pasa inadvertido.
2. El estado de retiro, cuando las horas de encadenamiento desaparecen y surge un tiempo sin pautas.
3. El proceso de jubilación, con sus consecuentes derechos y obligaciones.

Reiteramos que los problemas inherentes a la jubilación y pensión tienen un profundo carácter social.

El Movimiento Unificador Nacional de Jubilados y Pensionados (MUNJP) sostiene que la protección del hombre, como ente productivo y creador de la riqueza social, debe abarcar toda su experiencia, desde que nace hasta que muere.

La jubilación es la restitución al trabajador de una parte de la riqueza social que produjo y que no recibió durante el ciclo de mayor capacidad productiva.

Es de justicia exigir que al jubilado no se le cierren las fuentes de trabajo ni se rechace su experiencia, que puede y debe transmitir a las nuevas generaciones. La sociedad que abandona a sus miembros aparentemente improductivos y no quiere o no sabe aprovechar la experiencia acumulada por ellos, es una sociedad que pierde la memoria.

Añadir más vida activa, plena y con salud a los años de jubilación es en definitiva el objetivo final de todo programa dirigido hacia quienes entran en la tercera edad por la puerta del retiro obligatorio de su trabajo o profesión ⁽¹⁾.

1.7 GERONTOLOGÍA SOCIAL ASISTENCIAL

En 1914, Edward Stiglitz definió a la gerontología social como "una ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, que existe en un ambiente social y es aceptado por éste". Para Clark Tibbits, la gerontología social "se refiere a las

características sociales, circunstancias, estado y ocupación de los individuos durante la segunda mitad de la vida, con el proceso de adaptación, desarrollo de la personalidad y salud mental que implica". La influencia del ambiente, cultura y cambios sociales sobre la conducta y situación en la sociedad, así como el efecto ejercido por ellas en los valores sociales y en las instituciones económicas y políticas.

El término *gerontología social* incluye un contenido de planeación asistencial, de asistencia social a ancianos y, por extensión, las instituciones y centros que prestan este servicio social (albergues, casas de reposo, hospital de día, residencias diurnas, clubes de la tercera edad, cineclubes, centros culturales, etc.), denominados *Unidades o Centros Gerontológicos*.

Los asilos, llamados actualmente *albergues* o *residencias* constituyen la única posibilidad geriátrica; hay 150 en todo el país, 40 de los cuales se localizan en la ciudad de México. Los albergues son privados o están a cargo de instituciones eclesásticas; sólo el 10% de ellos reciben subsidio oficial y, puesto que carecen de personal especializado, no aplican técnicas geriátricas. Entre ellos se encuentra la Casa de Reposo para Ancianos Nacional Monte de Piedad.

El INSEN cuenta con ocho albergues en el Distrito Federal, varias residencias diurnas, y varios clubes de la tercera edad, estos lugares surgen de la necesidad de la población senecta que requiere de atención integral; debido a diversas causas como son: el abandono familiar, social, la carencia de recursos económicos.

El servicio de albergue del INSEN se brinda a las personas carentes de recursos económicos que se encuentran en el abandono total, y que requieren de la atención y vigilancia durante todo el día.

Las residencias diurnas del INSEN dan servicio a personas que requieren de un lugar donde convivir y recibir atención durante parte del día, de las 8:00 a las 16.00 hrs y de lunes a viernes regresando a su núcleo familiar.

Los servicios que se brindan tanto en albergues como en las residencias de día son: servicio médico, trabajo social, atención psicológica, paseos y terapia ocupacional. Los servicios que sólo se brindan en las residencias son: alojamiento

parcial y alimentación, en tanto que los albergues cuentan con los siguientes servicios: alojamiento permanente, alimentación, lavandería y enfermería (INSEN).

En 1983, el Club Rotario Chapultepec donó un albergue equipado. Se estableció un Centro Cultural de la Tercera Edad, al cual asisten como alumnos unos 900 ancianos. Funciona un cineclub y se abrirán los primeros centros productivos, en donde los ancianos trabajan en la elaboración de perfumería, hidroponía (cultivos de plantas sin necesidad de tierra), cunicultura y otras actividades. Todo esto es fundamental para que el anciano se mantenga activo, se sienta integrado y sea un elemento productivo

Entre otras referencias existen talleres protegidos organizados por una institución de asistencia privada denominada *Los 60 ancianos que producen*. Esta institución proporciona trabajo y ayuda social a personas mayores de 60 años, para estimularlos y mantenerlos en la vida útil.

Actualmente tienen tres talleres: uno en Guadalajara, otro en Irapuato y el principal en el Distrito Federal.

La agrupación de Voluntarias Vicentinas, institución dedicada a la promoción integral de la persona, fundada en 1863 (nació en Francia en 1617, inspirada en San Vicente de Paul), será la encargada del manejo y la organización del Asilo Reina Sofía de España que se reconstruyó en Tepepan (1987), y que recibirá y atenderá a las personas mayores de 70 años (1)

1.8 PROMOCIÓN GERIÁTRICA

La promoción de cursos de formación de especialidad para médicos y odontólogos y para médicos geriatras se incluyen en los programas científicos y tales cursos se desarrollan regularmente

La geriatría con contenido integral se ocupa de la prevención, promoción y protección de la salud física y mental, del diagnóstico tratamiento y rehabilitación biopsicosocial. En los sistemas preventivos se aplican las siguientes medidas:

1. Tratar de preservar en lo posible la salud conforme el individuo va envejeciendo.

- 2 Mantener su salud mental.
- 3 Preservar su posición y circunstancias sociales.

El concepto de paciente geriátrico es el que realmente delimita el campo de acción de la geriatría; la edad por sí sola no determina su límite, ya que se puede ser paciente geriátrico con menos de 65 años y no serlo con más de 70 años. Se entiende por tal “la persona generalmente mayor de 65 años, que padece una o varias enfermedades que tienden hacia la incapacidad o invalidez, y cuya evolución está condicionada por factores psíquicos y/o sociales”.

El envejecimiento es el cambio que se presenta a partir de su estado original. Este proceso empieza a edad temprana, y es evidente a partir de los 30 años, origina una serie de cambios biológicos, anatómicos, y funcionales en los ancianos. Se considera también como el transcurso del tiempo, es decir, significa una evolución progresiva, irreversible, cuyos rasgos esenciales son el modelo de la forma y su destrucción. La ley de la vida es cambiar. Lo que caracteriza al envejecimiento es cierto tipo de cambio irreversible y desfavorable: el deterioro (1).

1.9 ASPECTOS RELEVANTES EN LA TERCERA EDAD

El envejecer trata de una interacción de factores fisiológicos, psicológicos y ambientales, aunados al grado de soledad que las personas experimentan en la edad avanzada y al control que sienten sobre sus propias vidas.

La gerontología estudia el proceso de envejecimiento desde el punto de vista biopsicosocial. El gerontólogo es un investigador de las características del envejecimiento en las comunidades con miras a establecer pautas y programas de atención científica a los grupos de edad avanzada en su propio medio socioeconómico, cultural y político. Además de los procesos del envejecimiento humano enmarcados en la realidad social, a fin de estructurar programas de desarrollo que involucren al anciano como protagonista y participe directo de su bienestar.

Se requiere diseñar y administrar programas que permiten acceder a políticas y planes de mejoramiento, prevención, atención primaria, rehabilitación y manejo de problemas irreversibles que constituyen las áreas básicas del proceso general de intervención y que, en última instancia, pretenden recuperar y readaptar la autonomía del anciano.

Se debe educar a la comunidad y a los individuos para que asuman y vivan su propio proceso de envejecimiento y promuevan el cambio de los estereotipos negativos, sociales y culturales en los que tradicionalmente se ha ubicado el anciano desde una perspectiva más mítica que real.

El plan se sustenta en las siguientes áreas: gerontológica, psicológica, social, biológica, de investigación, administrativa, recreativa ocupacional.

- El área gerontológica permite la formación específica desde una perspectiva integradora de los fenómenos del envejecimiento, mientras que el área psicológica aporta el conocimiento teórico-científico de los procesos del envejecimiento psicológico que permitan discernir entre lo normal y lo patológico.
- El área social facilita la comprensión de los fenómenos sociales que involucran el envejecimiento normal humano y el de las poblaciones, así como la búsqueda de la participación social, cultural y económica de los ancianos.
- En el área biológica se brindan conocimientos y medios de diferenciación del envejecimiento normal y el patológico, para la adopción de medidas preventivas, la detección de problemas físicos y en la vejez y para el desarrollo de programas interdisciplinarios de atención y rehabilitación.
- El área de investigación, permite al estudiante asumir un compromiso de investigación acerca de los procesos de envejecimiento, al tiempo que lo capacita para la detección de problemas y la formulación de propuestas.
- El área administrativa se centra en el bienestar institucional del anciano, y en la administración y dirección de centros de atención

- El área recreativa-ocupacional propicia la búsqueda y el desarrollo de opciones de prevención, rehabilitación y revitalización de la autonomía de las personas de edad avanzada (1)

1.9.1 ATENCIÓN MEDICA

La medicina se ha ocupado de aceptar a los enfermos y, en menor grado, de evitar que el hombre sano enferme.

A partir de una nueva concepción positiva de lo que es la tercera edad como etapa vital y no como enfermedad, habrá que rediscutir y redefinir el papel que el personal médico desempeña frente a la enfermedad y su prevención. Debe acompañar a la población en todas sus vicisitudes desde el nacimiento hasta la muerte y procurar que todos esos fenómenos se vean dentro de un contexto de normalidad evolutiva, enriqueciendo su vida, su experiencia y su capacitación para transitar desde el nacimiento hasta la muerte (1).

1.9.2 CALIDAD DE MUERTE

El contexto y la calidad en que se da la vida se refleja en los diferentes grupos sociales. Durante la tercera edad este fenómeno es más frecuente, y si bien la población de 65 años o más constituye sólo el 4% de la población mexicana, actualmente en este grupo ocurre el 30% de las defunciones. Mejorar la calidad de vida debe llevar implícito la mejoría en la calidad de la muerte (dignidad) (1).

1.10 PROMOCIÓN GERODONTOLÓGICA

Debemos reflexionar acerca de la importancia que para el cirujano dentista, de práctica general o especializado, reviste la odontogeriatría o estomatología geriátrica, debido a que las enfermedades dentales y orales son una condición crónica que afecta a la mayoría de los ancianos.

La boca es el monitor inicial del sistema digestivo y se encuentra además íntimamente relacionada con las funciones del lenguaje, trastornos emocionales y la

estructura del ego en las personas de edad avanzada; de manera que las enfermedades que las afectan pueden exacerbar deficiencias nutricionales, contribuir a los trastornos metabólicos, desempeñar un papel oculto en la génesis de las depresiones y contribuir significativamente al deterioro progresivo. En aquellos individuos con enfermedades cardíacas, la sepsis oral puede conducir a la septicemia y a la endocarditis bacteriana.

En los casos de enfermedades cerebrovasculares que afectan a la boca, es posible observar disfunciones del habla en varios grados. La incidencia de cáncer oral es más alta en los ancianos y es la causa de casi 8,000 muertes anuales.

La interacción de estos problemas nos conduce a una revisión exhaustiva de conocimientos para diagnosticar, identificar y tratar los cambios; y estudiar, los efectos normales y patológicos que el envejecimiento tiene en la boca (1)

1.10.1. SECTOR SALUD

La Ley General de Salud confiere el calificativo de *básicos*, al VII Reglamento de la Ley General de Salud, que trata de la prevención y control de enfermedades bucodentales.

El señalamiento de *servicios básicos* les confiere la calidad de prioritarios por parte del sector salud y de los gobiernos de las entidades federativas. En su definición subyacen tales criterios como:

- Una orientación preferente hacia los aspectos preventivos sobre los curativos, y
- El desarrollo orientado de una infraestructura de recursos humanos y tecnológicos.

Respecto del enfoque odontológico en los ancianos, como objetivos de la odontogeriatría se establecen los siguientes.

- a) La capacitación del cirujano dentista para entender los componentes multidimensionales de la vejez, esto es, educación gerontológica
- b) El desarrollo de las habilidades y conocimientos necesarios para la salud bucal en geriatría.

c) La formulación de un modelo de interés académico para el desarrollo nacional de la gerodontología y la odontogeriatría.

Esta formación académica debe manifestarse en la realidad orientada no sólo al estudio del aspecto clínico dental del anciano, sino también a los aspectos de la demografía senecta de nuestro país. Impartir conocimientos básicos de la biología del envejecimiento, la geropsicología, la nutrición, la rehabilitación de la patología edéntula, la prevención de los padecimientos más frecuentes y las relaciones humanas y socioeconómicas de las personas en edad avanzada ⁽¹⁾ (17).

1.10.2 ASPECTOS FILOSÓFICOS

Estos aspectos constituyen el punto de partida y la base de toda planificación individual o colectiva que se refleja a la vida humana. Si bien ésta ha existido y existe sin una previsión y una creación por parte del hombre -nadie puede crearse a sí mismo-, el sentido de la vida y su duración se encuentran entre las posibilidades de intervención del ser humano. No puede ignorarse que dentro de las naciones, en el seno de las sociedades, dentro de los grupos y en el interior de los individuos hay diversos grados de capacidad (poder) para definir no sólo la propia vida, sino la de los demás.

Mirando hacia el futuro dar un sentido a la vida de los individuos y de las naciones implica cada vez más otorgar un sentido a la tercera edad, a la vida durante la edad avanzada.

El concepto general es que la población en la tercera edad es integral y económicamente dependiente, de manera que es dependiente también en lo social, en lo cultural, en lo afectivo, y en las demás áreas de la actividad humana. De acuerdo con esta concepción, la vida del anciano pierde sentido y si él mismo no se revela y confiere ante sí y ante los demás un sentido válido a su existencia, perderá su existencia, su razón de vivir y se encaminará hacia la extinción ⁽¹⁾.

CAPÍTULO 2 ASISTENCIA GERIÁTRICA

Es el conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, dando una respuesta a diferentes situaciones de enfermedad o necesidad que plantean los ancianos de una determinada área de salud y garantizando una buena calidad asistencial al anciano de su área de salud, así como una plena integración de los servicios sanitarios y sociales con el objetivo de la prevención y la asistencia dando una mejor calidad posible de vida para esta población.

El desarrollo de la asistencia geriátrica se asienta sobre una serie de premisas básicas que garantizan su solidez, como son:

- 1) La sectorización de la asistencia
- 2) La plena integración dentro del sistema de salud
- 3) La coordinación con los servicios sociales
- 4) El carácter integral, secuencial y continuado de los cuidados. (3)

Esta planificación organizacional de asistencia a los pacientes geriátricos, mayores de 65 años en las que coinciden varias enfermedades (pluripatología) y en las que, con frecuencia, se asocian problemas psicológicos o sociales así como enfermedades cuya evolución puede llevar a la incapacidad y a la dependencia. La asistencia a los ancianos debe ser integral, total y cubrir toda esa amplia problemática, tanto sanitaria como medicoasistencial y social, establecidos pues los planes de asistencia médica de los que se ocupa la geriatría y social de los que trata la gerontología social asistencial estos planes son llamados planes asistenciales gerontogeriátricos.

Son numerosos los motivos que justifican su implantación, como son

- 1) El progresivo envejecimiento de la población y las fuertes corrientes migratorias tanto interiores como exteriores, han condicionado los distintos estratos de la comunidad (creando una serie de problemas de orden económico, sociofamiliar y medicoasistencial).

2) La implantación de un plan gerontogeriátrico supone una ayuda económica indirecta indispensable para los ancianos.

3) La pérdida de vínculos familiares y sociales con el aislamiento, soledad, y marginación de los ancianos de hoy.

La acción conjunta de los servicios médicos y sociales tiene como objetivo, mantener al anciano en su domicilio donde siempre vivió en condiciones funcionales independientes y con una digna calidad de vida.

La incidencia de enfermedad es mucho mayor en este grupo de población y la presencia conjunta de varias enfermedades es la regla. Las enfermedades en los ancianos tienen una gran tendencia hacia la cronicidad y, lo que es peor, hacia la invalidez con la consiguiente pérdida de la independencia.

En el anciano se presenta con frecuencia alteraciones psíquicas y sociales, lo que agrava aun más las situaciones de enfermedad.

Por las tres últimas razones, en el anciano son más numerosas las visitas médicas domiciliarias, hay un incremento en el gasto de farmacia y ocupan un porcentaje cada vez mayor de camas hospitalarias.

Una asistencia geriátrica planificada, con cuidados preventivos, medicoasistenciales, rehabilitadores y sociales reduce a sus justos límites las situaciones de invalidez de las personas de edad.

No se trata de la creación de nuevos y costosos edificios, sino de una más racional utilización de los recursos ya existentes. (1)

2.1 VALORACIÓN GERIÁTRICA

Geriatría: es una rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral de los ancianos.

1) Objetivos: Una de las características de los ancianos es la disminución de su capacidad de adaptación dado que es aún peor durante la enfermedad física,

funcional, mental o social, por tanto que la geriatría debe de intentar la adaptación continua del anciano a las circunstancias y medio en que se vive.

TABLA I

- 1) Valorar todas las necesidades de todos los ancianos del sector y con los recursos existentes proporcionarles asistencia integral, marcando prioridades.
- 2) Movilización de todos los recursos posibles para mantener en la familia y comunidad independiente el mayor número posible de ancianos con una digna calidad de vida.
- 3) Asistencia de los ancianos crónicos e inválidos: asistencia continuada (domicilio, unidad de larga estancia, residencias asistidas).
- 4) Docencia y formación continua, especialistas médicos de familia y personal paramédico.
- 5) Promover la investigación clínica, social y biológica.

1. La geriatría persigue evitar la aparición de la enfermedad, si ésta se presenta prevenir que evolucione hacia la cronicidad o invalidez y conseguir que los casos que llegan a la dependencia total sean inevitables.

2. La geriatría es una especialidad con contenido integral que debe llegar a todos los ancianos: SANOS y ENFERMOS.

A) EN LOS SANOS favorece la prevención, promoción y protección de su salud.

B) EN LOS ENFERMOS debe ocuparse de toda su problemática orgánica, funcional, mental y social, así como de su rehabilitación tanto física, psíquica y social.

3. Para la organización de la asistencia integral de todos los ancianos es imprescindible que la acción geriátrica sea:

A) Multidisciplinaria, en equipo integrado por todo el personal, médicos, paramédicos (genatras, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc.). Equipo que valora, actúa y toma decisiones conjuntamente en sesiones multidisciplinarias que proporcionan multitud de beneficios a los ancianos

B) En colaboración con todos los médicos del sector, principalmente los médicos de familia, de los centros de salud y todos los especialistas del hospital del área:

- 1) Psiquiátricas
- 2) Rehabilitadores
- 3) Internistas
- 4) Especialistas
- 5) Médicos
- 6) Quirúrgicas

TABLA
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

<p>1) hospital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geriatras 2. Enfermeras 3. Auxiliares de clínica 4. Fisioterapeutas 5. Terapeutas ocupacionales (ergoterapia: ejercicios de rehabilitación, como la Fisiocinesiterapia: con el objetivo de la rehabilitación de pacientes con lesiones motoras u otros estados de minusvalidez mediante ejercicio y aparatos especiales.) En la terapéutica ocupacional se efectúan ejercicios recreativos y productivos que sirven para que el individuo haga objetos útiles para él y los demás. (4) 6. Asistentes sociales 	<p>2) Colaborar con todos los servicios del hospital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medicina interna 2) Psiquiatría (psicogeriatría) 3) Rehabilitación 4) Especialidades médicas 5) Especialidades quirúrgicas 6) Dietistas 7) Farmacólogo clínico <p>3) Colaborar con los médicos de familia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medicina preventiva 2) Valoración en domicilio 3) Centros de salud 4) Hospital 5) Problemas sociales
--	---

4) Para el manejo adecuado de un paciente geriátrico (que se define como anciano con pluripatología), al que su evolución natural lo va a conducir a la invalidez o

dependencia y con problemática mental y/o social asociada es muy favorable que el servicio hospitalario en que se le atiende cuente con una serie de niveles asistenciales (unidad de ayuda, de media y larga estancia, hospital de día, ayuda médica y de enfermería a domicilio), que mejoran su asistencia hospitalaria, facilitan su rehabilitación, y evitan su recaída y nuevo ingreso en el hospital.

La organización de una asistencia continuada en todos los ancianos que lo necesiten:

- 1) En su propio domicilio con ayuda médico-social, en niveles médicos (unidad de larga estancia)
- 2) En niveles sociales (residencia asistidas).

5) La geriatría debe evaluar las necesidades de los ancianos (médicos y sociales) para proporcionarles con los recursos existentes una asistencia integral. Valorar las necesidades del anciano, marcando las prioridades de acción para la toma de decisiones una de las labores diarias de la geriatría debiendo realizarlas en todo lugar:

- 1) Domicilio del anciano.
- 2) Centros de salud.
- 3) Niveles asistenciales del servicio de geriatría.

II) Valoración geriátrica: Se ocupa de cuantificar todas las alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social del anciano para conseguir un plan racional de tratamiento y recursos.

A) OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN:

1) El diagnóstico cuádruple (médico, funcional, mental y social) consiguiendo asistencia integral.

2) Situar al anciano en el nivel social o médico más conveniente siempre que sea posible en su domicilio con las ayudas necesarias, y sólo en los casos inevitables en Instituciones.

La valoración se realiza mediante instrumentos de cuantificación para documentar la mejoría del paciente con el tiempo. Como son:

- 1) Diagnóstico cuádruple
- 2) Descubrir problemas tratables, no diagnosticados
- 3) Terapéutica cuádruple adecuada
- 4) Situar al anciano en el nivel adecuado

B) TIPOS DE PROGRAMAS

Todos los programas deben incluir los objetivos anteriores.

Pueden incluir algunos datos anteriores que se van a utilizar para la investigación o educación, según la localización de los pacientes (Unidad de agudos, hospital de día, unidad de larga estancia, domicilio, etc.)

C) EFICACIA DE LOS PROGRAMAS

Todos los geriatras están convencidos de la eficacia de los programas de valoración sobre los resultados de la atención geriátrica.

EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE VALORACIÓN

- 1) Diagnóstico cuádruple más eficaz
- 2) Terapéutica cuádruple más adecuada
- 3) Emplazamiento más adecuado del anciano
- 4) Mejoría del estado funcional
- 5) Menor dependencia del servicio de enfermería
- 6) Mejor utilización de los servicios sociales comunitarios
- 7) Mejoría del estado emocional y sensación de bienestar

Esta eficacia está basada en estudios descriptivos simples, sin grupos control por lo que podría pensarse que la mejoría de los pacientes tras la valoración geriátrica se debía al paso del tiempo; por lo que se han estado realizando estudios descriptivos con los cuales los pacientes control mejoran en muchísimas facetas, principalmente en el estado funcional con el paso del tiempo.

Estudios retrospectivos de casos control concluyen que la valoración geriátrica determina:

1) Estancia media hospitalaria menor, mejoría funcional intrahospitalaria y a los 6 meses del alta, reducción significativa de la mortalidad en un año, reducción de la utilización de servicios institucionales y ahorro evidente de los costos por la atención sanitaria en relación con los pacientes control.

**EFICACIA DE LA VALORACIÓN SEGÚN ESTUDIOS PROSPECTIVOS
(Rubinstein)**

- 1) Estancia media hospitalaria menor
- 2) Mejoría de la situación funcional intrahospitalaria y a los 6 meses de alta.
- 3) Reducción significativa de la mortalidad en un año
- 4) Reducción de la utilización de servicio institucionales.
- 5) Ahorro evidente de costos sanitarios en relación con casos control.

Los grupos que se benefician más de la valoración geriátrica son los de nivel socioeconómico más bajo y aquellos en los que la asistencia médica y social sea más deficitaria

D) INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA.

Facilita la transmisión de la información permite la tabulación de los datos significativos y válidos, y mide el progreso terapéutico en el tiempo.

Los principales instrumentos para determinar los 4 parámetros son: **físico, funcional, mental y social.**

A) SALUD FÍSICA. Es la más difícil de cuantificar

Son útiles la enumeración de los diagnósticos nosológicos, la utilización de los servicios médicos, las medidas funcionales del Aparato Respiratorio, tolerancia al ejercicio y la autovaloración de la salud o incapacidad.

B) CAPACIDAD FUNCIONAL. La medida de la capacidad funcional para realizar las funciones de la vida diaria de forma independiente es de máxima utilidad y puede realizarse fácilmente.

- Existiendo dos sistemas:

1) ESCALAS que **cuantifican** las actividades básicas de la vida diaria (AVD) las cuales son 9 funciones:

- 1) Bañarse
- 2) Vestirse
- 3) Ir al lavabo
- 4) Trasladarse
- 5) No padecer incontinencia
- 6) Alimentarse por sí mismo que se puede graduar
- 7) Según las funciones pérdidas
- 8) El caminar
- 9) El utilizar escaleras

2) **LAS ESCALAS** que describen los instrumentos de Actividades básicas de la vida diaria (AVD) más complejas que incluye las funciones de:

- 1) Comprar
- 2) Telefonar
- 3) Cuidar de la casa
- 4) Tomar medicinas
- 5) Manejar dinero
- 6) Utilizar los transportes públicos.

Con ambos tipos de escalas se puede documentar la mejoría del anciano con el paso del tiempo, las necesidades de cuidados, determinar el nivel asistencial médico social más adecuado

C) FUNCIÓN MENTAL:

Su valoración es fundamental en todos los ancianos, dada su frecuente afectación y su íntima relación con los otros tres parámetros (físico, funcional y social).

La función mental se puede valorar de varias manera con exámenes del estado mental no estructurados, con entrevistas estructuradas y semiestructuradas, y con pruebas psicológicas.

En todos los casos es necesario determinar el funcionamiento cognoscitivo y el funcionamiento afectivo mediante una serie de cuestionarios

D) FUNCIÓN SOCIAL

La valoración social es difícil, no existe acuerdo en los componentes de la salud social y no hay normas para la mayoría de medidas en todas es importante el factor subjetivo, como ejemplo: en la determinación de la calidad de vida (2).

2.2 PLANES DE ASISTENCIA GERIÁTRICA

Toda la problemática médico-sanitaria y sociofamiliar ha determinado en todos los países desarrollados el establecimiento de planes de asistencia médico-sanitarias, de los que se ocupa en la geriatría, y de asistencia sociofamiliar, de los que trata la gerontología social asistencial o planes asistenciales gerontogeriátricos.

2.3 DIRECTRICES QUE DEBE SEGUIR TODO PLAN GERIÁTRICO SEGÚN NORMAS DE LA (OMS)

A) Suficiente protección económica a los ancianos, proporcionándoles pensión con el costo real de la vida.

Exención de impuestos y subsidios a los familiares encargados de su asistencia en los casos necesarios.

B) Proporcionar al anciano una vivienda o alojamiento que reúna condiciones arquitectónicas, higiénicas y sanitarias adecuadas, es objetivo *de mantener al anciano en su domicilio siempre que sea posible*, en condiciones funcionales e independencia y con una digna calidad de vida.

C) La asistencia a los ancianos es labor de todos. de los propios ancianos, la familia, la comunidad, las instituciones públicas y privadas, el voluntariado, etc.

D) La educación: mentalización y formación en toda la problemática que presenta el anciano y del envejecimiento deben darse a través de los medios de comunicación social, a la población en general y a los propios ancianos en particular iniciándose en la escuela

E) Planificar la época de la vejez y de la jubilación. La preparación a la jubilación desde años antes de forma individual

F) La asistencia geriátrica debe formar parte de la asistencia sanitaria general del país.

G) La asistencia geriátrica debe ser sectorizada por áreas geográficas y debe alcanzar tanto zona urbana como rural.

H) La asistencia geriátrica debe ser integral, que se ocupe de la salud del anciano (prevención, protección y promoción de la salud física y mental), de su patología orgánica y psíquica, de su capacidad funcional o grado de validez.

I) Los médicos de familia en su función preventiva y curativa constituyen un núcleo y la unidad básica de Asistencia Sanitaria a los ancianos.

J) Precisar un sistema geriátrico de alto nivel dentro de los hospitales generales formando parte integrante de los servicios sanitarios de los países y estar orientados hacia la familia y la comunidad

Las personas de edad avanzada deben tener el mismo acceso a la asistencia médica especializada que los otros grupos de población.

K) El equipo de los servicios de geriatría hospitalaria debe colaborar con los servicios extrahospitalarios (médicos de familia)

L) La medicina hospitalaria y la extrahospitalaria deben potenciarse con ayuda médico social a domicilio e incluso con la hospitalización domiciliaria.

M) Favorecer la salud física y mental de los ancianos proporcionándoles una vida activa y un puesto adecuado en la sociedad y la familia.

Los objetivos de la rehabilitación geriátrica son tres. reactivación, resocialización y reintegración familiar.

Deben estar relacionados con una integración efectiva de los servicios geriátricos medicoasistenciales, con los servicios sociales gerontológicos.

Existiendo una coordinación de todas las instituciones en favor de los

ancianos, tanto públicas (estado, provincia, municipio) como privadas (Cruz Roja, Asociaciones de voluntarios) esta integración y coordinación de todos estos servicios se llevará a cabo por una comisión nacional gerontológica, comisiones provinciales y las sectoriales.

N) Debe crearse un mecanismo de evaluación continuada de los servicios de geriatría que permita a las autoridades sanitarias del país y a los encargados de estos servicios introducir las reformas y mejoras necesarias.

O) Los ancianos con enfermedad crónica, mental o invalidante pueden permanecer en su domicilio habitual, siempre que estén protegidos con la ayuda médico-social a domicilio, en caso contrario ingresarán en casas protegidas, unidades de larga estancia dependientes de los servicios de geriatría hospitalaria o en residencias asistidas dependientes de los servicios sociales.

P) Los servicios de geriatría hospitalaria deben pensar en todas las clases sociales de ancianos de la comunidad geriátrica; deben proporcionar ayuda práctica necesaria a todo anciano.

Q) Dar una adecuada formación en gerontología y geriatría a los médicos en licenciatura y residentes de medicina familiar

Esta formación debe alcanzar al personal paramédico que trabaje con ancianos. enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica. (1)

RESUMIENDO

- 1) La asistencia geriátrica debe formar parte y estar absolutamente integrada dentro de la asistencia general del país
- 2) La asistencia geriátrica debe ser integral, preventiva, medicoasistencial y rehabilitadora

3) La asistencia geriátrica al igual que la asistencia general del país, debe ser por áreas o sectores y debe alcanzar tanto a la zona urbana y suburbana como a la intermedia y rural.

4) En estas áreas o sectores geográficos deben estar integradas la medicina la medicina hospitalaria (servicio de geriatría del hospital general), la medicina de familia y comunitaria y los organismos y estructuras de asistencia social gerontológica (servicios sociales de la comunidad). Es por tanto, imprescindible una perfecta conexión y coordinación entre estos tres pilares:

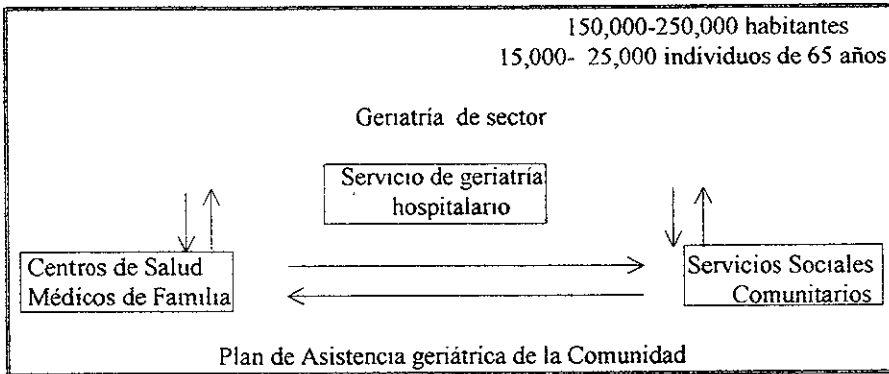
- 1) Servicio de geriatría hospitalaria
- 2) Medicina de familias comunitarias
- 3) Servicio social de la comunidad. (1)

2.4 SECTOR GERIÁTRICO

La asistencia geriátrica debe ser sectorizada abarcando una determinada área geográfica habitada por 150,000 a 250,000 habitantes, o sea, de 15 a 25,000 ancianos a los que se les debe proporcionar una asistencia sanitaria y social conjuntamente.

Todo sector geriátrico debe coincidir con áreas sanitarias generales del país que consta de:

- 1) Servicio de geriatría del hospital general del área.
- 2) Centros de salud desde donde actúan los médicos de familia y todo el *equipo primario de salud*
- 3) Servicios sociales gerontológicos de la comunidad (cuidados en el domicilio, cuidados en residencias y en la comunidad).



Es imprescindible una perfecta conexión y coordinación entre los servicios de geriatría hospitalaria, los centros de salud y los servicios sociales comunitarios existiendo la coordinación de todas las instituciones en favor de los ancianos tanto públicas (estado, provincia, municipio); como privadas (Cruz Roja, Asociación de voluntarios).

A nivel de sector se pueden realizar en mejores condiciones, la colaboración de los profesionales sanitarios y sociales con la comunidad, la familia y los ancianos.

2.5 SERVICIO DE GERIATRÍA HOSPITALARIO

Todo servicio de geriatría hospitalario debe tener distintos niveles asistenciales bien relacionados, para atender a las diferentes situaciones de enfermedad que presente los ancianos: 1) aguda, 2) crónica, 3) invalidante, 4) mental; para mejorar su asistencia, acortar su estancia hospitalaria, facilitar su rehabilitación y evitar su recaída y nuevo ingreso en el hospital.

El ingreso a la unidad geriátrica puede ocurrir como resultado de la canalización por parte de varias fuentes

Es probable que el anciano enfermo se interne con afecciones múltiples. Como algunos cambios degenerativos que son parte inevitable del proceso de envejecimiento biológico. (5)

2.5.1 NIVELES ASISTENCIALES

A) UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS:

Para pacientes ancianos que no pueden ser tratados en su domicilio y que son seleccionados por los geriatras del hospital en consulta con los médicos de familia.

Teniendo en cuenta que las habitaciones tendrán características especiales de amplitud, baños, sillones geriátricos, camas graduales con una forma de trabajo siempre en equipo y multidisciplinaria: con geriatras, enfermeras y fisioterapeutas.

B) UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA:

Donde se traslada a los pacientes ancianos que una vez pasada la fase aguda, precisan rehabilitación y cuidados de enfermería para conseguir la autosuficiencia

C) UNIDAD PSICOGERIÁTRICA:

Para el diagnóstico y asesoramiento de ancianos con procesos mentales, anexa a la unidad anterior e integrada por tres o cinco camas

D) UNIDAD DE LARGA ESTANCIA:

Donde se traslada a los pacientes ancianos cuando no pueden ser dados de alta en la unidad de agudos, porque necesitan cuidados continuados médicos y de enfermería

E) UNIDAD EXTERNA O DISPENSARIO GERIÁTRICO.

Donde se presenta asistencia médica y social ambulatoriamente a los ancianos del sector que son enviados por el médico de familia o acuden directamente

F) HOSPITAL DE DÍA

Aquí es donde se completa la rehabilitación de los casos necesarios, con el apoyo de los servicios de terapia ocupacional y de enfermería, contando con microbuses adecuados para el traslado de los pacientes al hospital con programas terapéuticos.

G) SERVICIO DE AYUDA MEDICA Y DE ENFERMERÍA A DOMICILIO

Para atención de los pacientes ancianos en su propio domicilio, cuya problemática desborde las posibilidades asistenciales de los médicos de familia (pacientes sondados, ulcerados, terminales de alto riesgo).

H) VALORACIÓN GERIÁTRICA DE PACIENTES INGRESADOS EN OTROS SERVICIOS DE HOSPITAL

Oftalmología, traumatología, ortopedia, cardiovascular, cirugía general, urología, etc.

2.5.2 CUIDADOS ASISTENCIALES

GERIATRÍA HOSPITALARIA INCLUYE: TIPOS DE CUIDADOS

- | |
|---|
| <p>1) CUIDADO PREVENTIVO</p> <p>2) CUIDADO PROGRESIVO</p> <p>3) CUIDADO INTEGRAL</p> <p>4) CUIDADO CONTINUADO</p> |
|---|

1) CUIDADO PREVENTIVO. En colaboración con los médicos de familia, se encargarán de realizar a los ancianos los exámenes periódicos de salud, indicarles su género de vida y alimentación, y estudiar por grupos, dentro del sector sus enfermedades más frecuentes. hipertensión arterial, bronconeumopatía crónica obstructiva, diabetes, caídas, alimentación.

2) CUIDADO PROGRESIVO. El anciano ingresa según su estado de gravedad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital y posteriormente se traslada, según evolucione su estado y las necesidades de su tratamiento a la unidad geriátrica de agudos o intermedios e incluso a la unidad de larga estancia.

3) CUIDADO INTEGRAL. Abarca la valoración médica, psíquica o del estado mental, física o funcional, esto es, lo que el anciano puede hacer por sí mismo, y social, estudio de las circunstancias sociofamiliares del anciano por considerar cuatro aspectos y realizarse de forma periódica, se suele denominar “valoración cuádruple dinámica”.

4) CUIDADO CONTINUADO La vigilancia del paciente anciano debe continuar siempre después del alta a través del dispensario geriátrico, hospital del día o la ayuda médica de enfermería a domicilio.

2.5.3 ACTIVIDADES DOCENTES

El servicio de geriatría es el lugar idóneo para formar personal especializado en geriatría, tanto médico como paramédico. Las actividades principales son: sesiones clínicas, sesiones anatomoclínicas, sesiones multidisciplinarias, formación de especialistas en geriatría para médicos de familia y cursos de formación especializada para personal paramédico: enfermeras auxiliares de clínica, asistentes sociales.

A) Investigación. Es la tercera función de todo servicio de geriatría, principalmente se hace investigación en geriatría clínica y terapéutica de las enfermedades frecuentes en los ancianos, sobre todo en los de más edad, a partir de 75 años.

B) Debe crearse un mecanismo de evaluación continuado de los servicios de geriatría hospitalarios que permita a las actividades sanitarias del país y a los encargados de estos servicios, introducir las reformas y mejoras necesarias.

2.6 ASISTENCIA SOCIAL GERONTOLÓGICA POR SECTOR GEOGRÁFICO (SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS)

2.6.1 SERVICIOS A DOMICILIO (SERVICIO SOCIAL DE AYUDA A DOMICILIO)

1) Objetivos. Ayudar a los ancianos y a sus familiares para que permanezca en su hogar, con un tipo de vida satisfactorio, durante el mayor tiempo posible.

2) Directrices. Considerar al anciano como la unidad básica de atención, procurándole en todo momento seguridad, respaldo y apoyo, saliendo al paso con todas las necesidades y problemas, para lo que son necesarios contactos frecuentes con el anciano a través del equipo de ayuda a domicilio, llamadas telefónicas, etc.

3) Medios.

A) Ayuda al anciano: aseo personal, comida sobre ruedas, lavado de ropa

B) Ayuda al domicilio. limpieza del hogar, adaptaciones (baños, puertas, pasamanos).

2.6.2 SERVICIOS A LA COMUNIDAD

1) Clubes u hogares para ancianos que se valen por sí mismos, en ellos se relacionan con otros ancianos, pueden hacer la comida de mediodía, organizar el ocio, reciben información general.

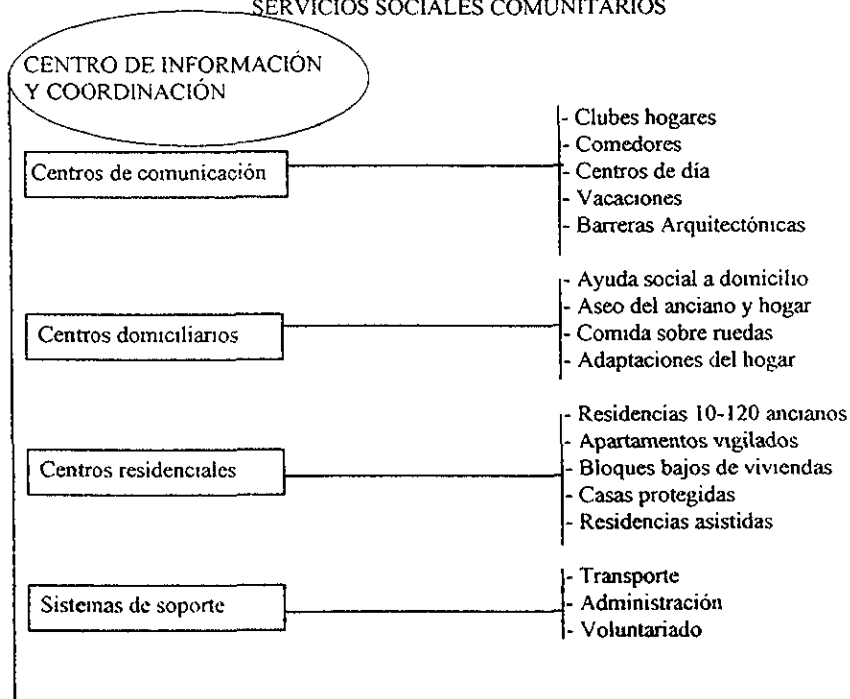
2) Centros de día. Proporcionan atención semejante a los del club u hogar, pero están dirigidos a ancianos que no se valen por sí mismos, por lo que son trasladados al centro con medio de transporte adecuado y se les presta una rehabilitación de mantenimiento

3) Centro coordinador para la asistencia gerontogeriátrica a los ancianos.

4) Centro de información local o sectorial, unido generalmente al anterior, en el que se proporciona al anciano las direcciones de centro y servicios sociales.

5) Evitar las barreras arquitectónicas para facilitar el acceso a edificios, jardines y transportes públicos. (Tabla)

TABLA
SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS



2.6.3 SERVICIOS RESIDENCIALES

Cuando no puede mantenerse al anciano en su domicilio, a pesar de proporcionarle ayuda social y médica

1) Residencias para ancianos válidos: con diferentes número de plazas, de 75 a 120 las mayores y de 5 a 15 las menores.

2) Residencias asistidas: Destinadas a ancianos que presenta una importante problemática sociofamiliar, junto a una patología crónica o incapacidad que les impida o dificulte realizar las actividades de la vida diaria. (2)

2.7 ALTERNATIVAS DE HOSPITALIZACIÓN

La atención hospitalaria especializada al anciano es necesaria. El servicio de salud británica considera necesaria la hospitalización del 1% de la población anciana, precisando 10 camas por cada 1,000 personas mayores de 65 años, incluyendo la hospitalización con:

Fase aguda 25%

Estancia media 25%

Larga estancia 50%

2.7.1. HOSPITAL GENERAL GERIÁTRICO

Se dedica exclusivamente a ancianos y está dotado de todos los servicios centrales y las principales especialidades médicas y quirúrgicas; presenta una gran infraestructura y amplia dotación de servicios. Se realiza una geriatría de alto nivel clínico, formación de personal médico (geriatras) y paramédicos e investigación clínica presentando inconvenientes como:

1) No son útiles para una asistencia sectorizada

2) Duplican servicios y separan a los ancianos de pacientes de otras edades y a los geriatras de médicos de otras especialidades.

2.7.2 HOSPITAL DE GERIATRÍA

Con sus niveles asistenciales (unidades de hospitalización, hospital de día) en íntima conexión con el hospital general de área, del que utiliza los servicios centrales y las distintas especialidades médicas y quirúrgicas

2.7.3 SERVICIO DE GERIATRÍA (UNIDAD GERIÁTRICA EN EL MUNDO ANGLOSAJÓN)

Integrado en el hospital general del área sanitaria: esta es la planificación hospitalaria que ha puesto en práctica la Gran Bretaña y principalmente que recomienda la OMS.

Presenta muchas ventajas para los ancianos, los geriatras y el resto de los servicios hospitalarios; la principal es el apoyo mutuo entre el servicio de geriatría y el resto de los servicios del hospital (2)

El servicio de geriatría del hospital (que junto al dispensario y al hospital de día forma la unidad geriátrica) posee camas propias para los ancianos con enfermedad aguda, para los ingresados en período de rehabilitación, y otras de media estancia para cuidados mínimos. Está integrado en la estructura del hospital general utilizando los servicios propios de él, como cirugía, especialidades, laboratorio, radiología y otros. Tiene personal médico especializado así como sanitario y auxiliar. Dispone de un departamento de asistencia social. Puede tener fisioterapeutas ocupacionales propias o depender de éstas del hospital general. La autonomía del servicio es total, no dependiendo de medicina interna, ni compartiendo las camas con otras especialidades médicas o quirúrgicas. Consta de médicos, al frente de la cual se encuentra un jefe de servicios.

A cada anciano ingresado en el servicio de geriatría hay que conocerle por su nombre, recordar de inmediato su problema y situación social, prestarle la atención individual necesaria sin prisas para darle el alta, sin presiones del exterior para hacer mal las cosas. Precisamente la idea de reunir a los ancianos en servicios específicos es para solucionar de manera distinta y eficaz sus problemas, no para experimentar en

ellos el terrible error de la masificación de nuestros hospitales. Si el médico se encuentra con un número excesivo de camas no podrá nunca disponer de tiempo para sus enfermos, para la entrevista prolongada con el familiar, para ordenar razonadamente sus decisiones, y, sobre todo, no podrá infundir en el anciano la sensación de que se le está haciendo verdadero caso. (6)

CAPÍTULO 3

CAMBIOS EN EL CONSULTORIO DENTAL PARA UN MEJOR SERVICIO AL PACIENTE SENECTO

Los profesionales deben dirigir su atención a los métodos que permitan a la población senecta seguir siendo una parte funcionalmente independiente y productiva de la sociedad.

El suministro de servicios médicos al anciano en una comunidad requiere instalaciones de fácil acceso y un entorno que ofrezca seguridad en el año 2000 el número de personas de 80 años será mayor del 60% y es dentro de este límite etario que se localiza la cantidad más elevada de pacientes que dependen de auxiliares de ambulación o sillas de ruedas, con un número creciente de ancianos que requieren servicio odontológico, es preciso una atención del ambiente del consultorio dental.

Las situaciones que obstaculizan a quienes emplean sillas de rueda también pueden limitar el acceso a personas que utilizan auxiliares para ambulación que poseen un equilibrio deficiente o limitada resistencia.

También es necesario eliminar riesgos en el consultorio que pueden motivar accidentes, tal vez incapacitación al planear, hay que considerar el espacio, iluminación, color, acústica, terminados del piso, mobiliario, materiales de lectura y sobre educación para la salud, así como las instalaciones sanitarias, a fin de mejorar el ambiente del consultorio dental, es preciso revisar aspectos exteriores (incluyendo estacionamientos, pasillos y escaleras) e internos (sala de recepción, cubículo, sanitarios).

Cuestiones de seguridad: prevención de caídas.

La revisión y modificación del diseño del consultorio y los procedimientos, proveen al paciente y al profesional de un medio seguro y agradable que fomenta la continua independencia funcional para el anciano en un ambiente comunitario.

3.1 EXTERIORES.

La mayor parte de los estacionamientos públicos tienen espacios señalados para personas impedidas. Dicha zona se encuentra lo más cerca posible de la entrada del edificio y debe ser lo suficientemente grande para acomodar una silla de ruedas al lado del automóvil

El andador y el acceso al edificio deben considerar a las personas con sillas de ruedas o aparatos auxiliares para ambular. Si se requiere más de un escalón para entrar al edificio, pueden necesitarse rampas o elevadores especiales. Para hasta tres escalones se puede emplear una rampa portátil ya que en otros casos debe considerarse una rampa permanente. Las rampas seguras y eficaces requieren espacio suficiente a fin de proveer de lo necesario para una inclinación gradual con una superficie que no permita derrapamiento, y debe haber barandales a ambos lados de la rampa.

Cuando el espacio es muy limitado y son muchos los escalones, puede considerarse una silla de ruedas motorizada o un elevador para personas impedidas, este dispositivo levanta la silla de ruedas o a quien usa andadera desde el piso hasta una plataforma de entrada.

En el edificio donde hay escaleras es necesario llegar al consultorio, será preciso un elevador de escalera con asiento giratorio o descansabrazos y apoyo para los pies. Es necesario considerar con cuidados ambos elevadores en términos de seguridad para el público general y las personas incapacitadas.

Las escaleras usadas por el público en general o individuos que necesitan auxiliares ambulatorios deben diseñarse para aumentar la seguridad al máximo, con consideraciones como son: la altura uniforme de los escalones, profundidad adecuada, superficie antiderrapante, barandales con mango firme para ambos lados de la escalera, e iluminación adecuada.

La principal importancia es el ambiente externo de apoyo que permite el acceso seguro e independiente al anciano (véase la siguiente tabla).

TABLA
ENTORNO EXTERIOR (Fuera del edificio y espacio público interior)

Preocupación	Considerar	Alternativas
1) Espacio estacionamiento para pacientes impedidos	<ul style="list-style-type: none"> • Sitio más cercano a la entrada, usar espacio de 4 m. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abrir entrada desde el estacionamiento
2) Pasillo con más de un escalón	<ul style="list-style-type: none"> • Rampa de 1.20 m con inclinación 	<ul style="list-style-type: none"> • Rampas portátiles para hasta 3 escalones
3) Espacio exterior limitado con muchos escalones	<ul style="list-style-type: none"> • Elevador exterior para minusválidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la entrada
4) Escalera interior empinada	<ul style="list-style-type: none"> • Silla elevadora para escalera • La escalera debe tener por lo menos 1.20 m de ancho • Quien la use debe tener adecuado equilibrio al sentarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar el consultorio al primer piso.
5) Dimensiones de la escalera	<ul style="list-style-type: none"> • Escalones no menos de 10 cm con más de 18 cm de altura • Altura constante de los escalones en toda la escalera • Escalón con un mínimo de 24 cm de huella, y con superficie antiderrapante • Barandales de 81 cm de altura por lo menos, 3.8 cm de diámetro para un asimiento firme • Extender los barandales 46 cm más allá del remate 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasar el consultorio al primer piso o cambiar la escalera.

3.2 INTERIORES.

La sala de recepción del consultorio dental debe ser un espacio cómodo y agradable para los pacientes, debe ser necesario el tener un mobiliario, actividades y decoraciones apropiadas para el anciano, para que las personas con andaderas o

bastones puedan desplazarse con seguridad, debe existir una vía libre por lo menos de 71 cm en la sala y por las entradas.

El acceso para la silla de ruedas requiere 81 cm de espacio, si hay restricción de espacio será necesario una silla transportadora, al igual que el anciano que camina sin aparatos puede tener problemas para desplazarse por una sala de recepción concurrida, con iluminación demasiado deficiente, cubierta con una alfombra gruesa o con tapetes desperdigados y amueblada con asientos bajos, por eso el tiempo de reacción, el equilibrio, la propiocepción, la postura y la forma de andar disminuye en diversos grados, por lo que caminar, sentarse y pararse en un ambiente extraño se vuelve más peligroso cuando existen barreras en el ambiente, deben de proveerse asientos útiles para ancianos sentados o parados, asientos sólidos, firmes que infundan un sentido de seguridad y relajación, se debe tener un cuidado igualmente en los sanitarios que el paciente anciano pueda sentarse y levantarse con facilidad, ya que si no hay barandales seguros y adecuados, los pacientes intentarán asirse de cualquier cosa cercana que crean conveniente. El lavamanos, el toallero, la jabonera se convierten en posibles blancos de riesgo.

Por eso una inversión en artículos como una barra de pared adecuada situada para asirse o un juego de barras fijas para la unidad sanitaria pueden prevenir accidentes y proporcionar el apoyo requerido.

En el consultorio se debe de obtener información diagnóstica y brindar conocimientos acerca de la salud ya que esto es muy importante para cuestiones de comunicación, los cambios auditivos se complican para el anciano con la edad ya que no puede tener una buena comunicación, en tanto que muchos no usan los auxiliares auditivos. Como son los audífonos portátiles ya que esto nos daría una amplificación del sonido y podríamos tener una mejor comunicación con quienes tiene muchos problemas para oír

Se debe ofrecer una literatura de interés general así como texto para la educación sobre la salud. El anciano aprecia las revistas, periódicos, folletos sobre el cuidado de la salud y hojas informativas de letra grande.

**TABLA
AMBIENTE INTERIOR**

Preocupación	Considerar	Alternativas
I. Sala de recepción/Consultorio		
Movilidad con auxiliares ambulatorios	Entrada/pasillo con 71 cm de libramiento	Proporcionar asistencia o vigilancia humana
Movilidad en silla de ruedas	Entrada/pasillo con 81 cm de libramiento	Silla de ruedas de transporte de 56 cm de ancho, se pliega para almacenamiento
Iluminación	Reducir el resplandor con cortinas y persianas Aplicación de contraste de mobiliario, alfombras y paredes	Emplear vidrio ahumado.
Material para pisos	Alfombra de textura lisa/pelo corto Eliminar tapetes pequeños Piso antiderrapante.	
Asientos	Firmes, sólidos, amplios descansabrazos que se extiendan hasta el borde del asiento	Proveer asientos de varias alturas
II. Sanitarios		
Excusados lavabos	Fijar barras de asiento al asiento del excusado Llaves gemelas de control por palanca	
Puerta	Manijas de palanca	Puertas de cortina.
III. Comunicación con el paciente con problemas auditivos (sin auxiliar)	Amplificador portátil y audífonos	Amplificador telefónico
Limitaciones visuales	Periódicos con letra grande, revistas, libros, folletos de información médica, impresos con letra grande	Amplificar información en una copiadora.

3.3 CUESTIONES DE SEGURIDAD

La seguridad y la prevención de accidentes son de máxima importancia en el anciano, ya que existirá en el anciano tiempos de reacción más lentos, sobre-reacción a los fármacos, huesos delgados y frágiles, disfunción en la marcha, disminución de riego sanguíneo cerebral o gasto cardíaco, hipotensión e hipertensión, dado que el proporcionarles citas para las primeras horas de la mañana o al atardecer pueden aumentar el riesgo de caídas por factores de iluminación variables y limitantes fuera del consultorio.

Las caídas vinculadas con medicamentos deben ser una consideración principal al administrar anestesia durante el curso terapéutico, al igual que las variaciones en la posición corporal, de estar recostado en el sillón dental a pararse y prepararse para dejar el cubículo, deben efectuarse lentamente, dando tiempo a la compensación circulatoria.

La tensión de los músculos cervicales o las posturas forzadas de la cabeza pueden aumentar las posibilidades de un menor riego sanguíneo al cerebro

La necesidad urgente de evacuar puede motivar que un paciente se levante de improviso pasando por alto la necesidad de dar tiempo que el cuerpo se adapte al cambio postural, la combinación de cualquiera o todas las situaciones anteriores, con el equilibrio defectuoso, la menor conciencia sensorial y la rigidez articular incrementa el riesgo de accidente.

La prevención práctica de estos contratiempos comprende no sólo identificar y eliminar o alterar los riesgos ambientales sino además educar al personal y acercar al paciente sobre los recursos preventivos.

Medidas simples:

- 1) como evacuar inmediatamente antes de pasar al cubículo;
- 2) revisar la posición de la cabeza y el cuello;
- 3) estudiar el régimen farmacológico actual;
- 4) Procurar cambios posturales lentos.

Favorecen la estabilidad postural y una marcha adecuada. La mayoría de los ancianos temen las caídas. Comprender como superar mejor este asunto restaura la confianza, preserva la función y asegura la máxima seguridad del paciente en el consultorio dental (1)

CAPÍTULO 4

EVALUACIÓN DEL ANCIANO

4.1 HISTORIA

La valoración del enfermo geriátrico debe incluir no sólo la molestia principal, los antecedentes del padecimiento actual y la historia médica previa. Sino que además una revisión de los sistemas. El dentista tiene la responsabilidad de esclarecer si el paciente presenta o no síntomas o signos que ameriten la consulta con un médico antes de comenzar la terapéutica odontológica. (1)

Es importante comunicarse con el paciente para obtener una historia clínica adecuada, siendo que muchos de ellos pueden tener pérdida de audición por lo que puede ser difícil tener comunicación con ellos. Debe tenerse cuidado de sentarse frente al paciente y hablar de manera que éste pueda leer los labios, por lo que es importante tener un comunicador. (3)

El paciente puede presentar un Déficit Auditivo:

Por lo que se le debe de hablar directamente, claro, despacio y sin cubrirse la boca

Prestar atención a la articulación de las consonantes.

Dirigir la voz hacia el oído bueno.

Asegurarse que el paciente lleve puesta la prótesis auditiva y que funcione correctamente.

Dar suficiente tiempo para contestar las preguntas que se le harán.

Permitir una relación de confianza.

Hacer preguntas abiertas, mostrando interés sobre el paciente.

Llamar al paciente por su nombre.

Estar atento a pequeños signos de cansancio, como son:

- 1) La incapacidad para concentrarse
- 2) Inquietud
- 3) postura, etc. (4)

Si el paciente ha padecido apoplejía o tiene cambios degenerativos seniles, se le puede hacer difícil y frustrante hablar y responder a las preguntas de la historia clínica, lo que puede agitarlo e inquietarlo. Por esta razón, dicha historia no debe hacerse con rapidez, ni con mucha lentitud.

Al elaborar la historia clínica, el dentista no sólo debe establecer enfermedades específicas, sino el estado psicológico del enfermo, sus rasgos de personalidad, o comportamientos o estado de ánimo especiales (1)

Al aumentar la edad y con los avances de la medicina actual hay un aumento gradual de la esperanza de vida del individuo, con esto hay aumento de varias enfermedades, es importante tener conocimiento de la misma, así como de los medicamentos que toma, en particular si se va a realizar cirugía o se va a utilizar anestesia local para un tratamiento conservador.

La anamnesis viene matizada por la pérdida de memoria que sufre, por tal motivo se tendrá que hacer en varias fases y ayudarnos siempre del familiar más cercano.

CARACTERÍSTICA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ANCIANO

Anamnesis más difícil y larga.

Por presentar pérdida de memoria
Por presentar mayor número de enfermedades y por consiguiente mayor sintomatología

Tanto que se:

Tendrá exploración más laboriosa
Un diagnóstico más complicado
y un tratamiento más complejo

Entre las dificultades que vamos a encontrar son.

A) No conocer con exactitud la edad del paciente u otros datos importantes.

B) En los antecedentes familiares que no recuerden datos sobre enfermedades que padecieron con anterioridad.

C) En antecedentes personales, puede responder de dos maneras: 1) que no ha padecido nunca enfermedades y 2) que ha sufrido muchísimo o todas las enfermedades. Ninguna de las respuestas suele ser cierta, y a medida que se interesa al anciano aparecen diversos procesos patológicos previos importantes en la historia clínica del paciente

D) En la historia de la enfermedad actual, el anciano referirá síntomas variados que corresponden a más de una enfermedad, es necesario separar los síntomas de la enfermedad principal y ordenarlos para reseñar el resto en el interrogatorio por aparatos o sistemas. En muchas ocasiones es necesario volver a interrogar al paciente, a sus familiares en diversas sesiones para completar esta historia clínica (2).

4.1.1 MOTIVO DE LA CONSULTA

Debe especificarse la edad y el sexo del individuo, si tiene una molestia determinada o tan sólo una revisión ordinaria, si tiene síntomas específicos es preciso considerar su duración.

4.1.2 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD PRESENTE

Los antecedentes del padecimiento actual deben contener una narración cronológica de la historia de la molestia principal del enfermo. La narración debe incluir desde los sucesos pertinentes al inicio de los síntomas hasta el momento en que se acude en busca de diagnósticos y tratamiento, debe incluirse en el tratamiento y los diagnósticos hechos por otros clínicos.

Los antecedentes inadecuados del padecimiento actual son con frecuencia razón principal del diagnóstico, incorrecto y el tratamiento inapropiado.

4.1.3 ANTECEDENTES MÉDICOS

Aquí cabe señalar que es indispensable preguntar a cada persona acerca de afecciones en seis categorías.

- 1) Trastornos de pertinencia odontológica, incluyendo alteraciones médicas con efecto directo sobre el tratamiento dental.
- 2) Hospitalizaciones
- 3) Intervenciones quirúrgicas anteriores
- 4) Alergias
- 5) Medicamentos.
- 6) Cuidado médico actual.

Resumen de la historia médica previa y el nombre de las enfermedades que es preciso conocer sobre cada paciente dental

HISTORIA MÉDICA PREVIA

Enfermedades de interés odontológico: Fiebre reumática soplos cardíacos, cardiopatía, diabetes, tuberculosis, alteraciones hemorrágicas, discrasias sanguíneas, epilepsia, hipertensión, enfermedad renal, padecimiento hepático, cáncer, radioterapia y glaucoma.

Hospitalizaciones: Incluir el nombre del hospital, motivo de la hospitalización y fecha de ésta.

Intervenciones quirúrgicas: Tipo de operación y año.

Alergias: Mencionar específicamente antibióticos y anestésicos locales: intentar distinguir entre las alergias verdaderas y otras clases de reacciones (tóxicas, psíquicas), aclarar si la persona no puede tomar medicamentos (como la aspirina).

Medicamentos: Fármacos que el paciente ingiere en la actualidad o tomó recientemente y la razón de ello.

Padecimientos presentes: Si el paciente está en la actualidad bajo tratamiento médico, mencionar la razón y el nombre del facultativo y la fecha del último examen médico.

A menudo el anciano ingiere varios fármacos a la vez, el clínico debe entender la relación de éstos con los síntomas actuales y prever posibles complicaciones con el tratamiento dental; por ejemplo, ya que muchos medicamentos causan xerostomía, otros pueden ingerir varios fármacos contra la cardiopatía, y el dentista tiene que comprender la función y posibles complicaciones de cada uno; en muchas ocasiones es conveniente la comunicación con el médico personal del paciente. (1)

4.2 REVISIÓN DE SISTEMAS

Analizar los sistemas tiene particular importancia al valorar a los ancianos, pues un mayor porcentaje de ellos puede presentar problemas médicos sin diagnosticar; en el análisis de los sistemas, se pregunta al enfermo sobre síntomas patológicos, a fin de saber si tiene o no algún padecimiento no diagnosticado.

En la valoración dental, la revisión de los sistemas es útil en dos circunstancias:

1) Primero: la persona con alguna enfermedad bucal puede tener síntomas en otra región, que ayudaría a elaborar el diagnóstico final; por ejemplo, un sujeto con úlcera en la mucosa bucal puede sufrir lesiones cutáneas o genitales, alertando al clínico sobre el hecho de que no es problema local de la boca sino de un padecimiento dermatológico generalizado.

2) Segundo: el individuo con diagnóstico de dolor facial puede presentar también debilidad en una pierna o visión doble, previniendo al odontólogo de que se trata de alguna manifestación de un trastorno neurológico grave.

Al hacer la revisión de los sistemas, el dentista no sólo debe saber por cuáles síntomas adecuados preguntar sino además como conseguir ante las contestaciones afirmativas.

El cuadro incluye importantes preguntas, en el análisis de los sistemas.

REVISIÓN DE SISTEMAS

Piel: úlceras, vesículas, comezón.

Cabeza, oídos, ojos, nariz, faringe:

Cefalalgia crónica, diplopía, visión nublada, epistaxis, ronquera, sinusitis, acúfenos (zumbidos de oídos), vértigo, ulceraciones bucales, dolor de la articulación temporomandibular.

Respiratorio: Tos crónica, hemoptisis, esputo.

Digestivo. Hematemesis, melena, ictericia, vómito, disfagia.

Endócrino: Intolerancia al calor, alteraciones pigmentarias, cambio repentino de peso, debilidad.

Musculoesquelético: Dolor o tumefacción articulares, debilidad muscular.

Sistema nervioso: Parestesia, anestesia, parálisis, síncope, depresión, ansiedad, nervios, insomnio, antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

Ginecoobstetricia: Dismenorrea, menopausia, embarazos, partos, secreciones, lesiones genitales.

Es importante valorar a cada paciente dental en cuanto a la posibilidad de enfermedades que incluyan padecimientos hemorrágicos y de coagulación, enfermedad cardiovascular, diabetes, insuficiencia suprarrenal e hipertiroidismo ya que el clínico debe entender porque hace cada pregunta, por ejemplo si se habla de

epistaxis, equimosis, melena y mayor hemorragia menstrual recientes pudieran alertar al clínico sobre la posibilidad de que exista una alteración hemorrágica sin diagnosticar ocasionada por alguna enfermedad hepática grave o depresión de la médula ósea. Es necesario evaluar a todos los pacientes ancianos en cuanto a la posibilidad de cardiopatías, y no sólo se debe preguntar sobre dificultades para respirar luego de un esfuerzo, ortopnea (dificultad para respirar al yacer acostado) y disnea nocturna.

Todos estos síntomas indican riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva del lado izquierdo que origina congestión pulmonar.

Los síntomas de la insuficiencia cardíaca derecha incluyen tumefacción de los tobillos, reconocido en un examen físico.

Preguntar a todo anciano sobre dolores en el pecho para identificar la afección de las arterias coronarias.

La insuficiencia suprarrenal primaria puede ser grave, por tanto, el dentista debe registrar sus signos, como los cambios de pigmentación, debilidad y síntomas digestivos. La revisión de los síntomas para el anciano que contempla un extenso tratamiento dental debe incluir además preguntas que indiquen la posibilidad de depresión o pérdida de la memoria.

4.3 HISTORIA FAMILIAR Y ANTECEDENTES SOCIALES

Se debe conocer la historia familiar para saber si un paciente tiene padecimientos hereditarios.

En este caso debe establecerse la salud o la causa de muerte de los padres, hermanos e hijos, dando importancia a los padecimientos de diabetes y de hipo e hipertensión.

Los antecedentes sociales ofrecen oportunidad para que el odontólogo conozca sobre el enfermo en cuanto a su estado mental y emocional.

En cuanto al interrogatorio de su estado civil, ocupación, pasatiempos, tabaquismo, consumo de alcohol, pastillas para dormir y tranquilizantes nos llevará a conocer el estado emocional del paciente.

4.3.1 EXAMEN FÍSICO

Una historia adecuada, combinada con un examen regional, puede dar mucha información sobre la capacidad del enfermo para soportar un procedimiento dental particular.

El examen físico efectuado por el odontólogo debe empezar desde el momento que el paciente entra al cubículo de examen, observando su apariencia general antes de examinar la boca.

El dentista tiene que registrar el estado psicológico del paciente, su obesidad, marcha y si parece tener problemas para respirar.

4.4 SIGNOS VITALES

Es preciso conocer el pulso y la presión arterial del paciente geriátrico, como parte de la valoración sistémica para tratamiento dental.

Pulso: Es indispensable registrar la frecuencia, el ritmo y las características del pulso.

La frecuencia normal varía entre 60 y 80 pulsaciones por minuto ya que cifras mayores de 80 se considera taquicardia.

La taquicardia persistente puede suceder por hipertiroidismo o anemia.

Anomalías específicas del pulso pueden indicar afecciones cardíacas (pulso pequeño) que es un tipo de pulso que se eleva y desciende lentamente indicando estenosis de la válvula aórtica.

El llamado pulso alterno se caracteriza por un latido fuerte seguido por otro débil, ya que diagnosticaremos padecimientos de los pulmones como asma ó enfermedad obstructiva crónica.

Presión arterial. La enfermedad cardiovascular es la causa principal de morbilidad y mortalidad en ancianos haciendo en la medición sistemática de la

presión arterial por el dentista una importante medida de salud pública. No sólo debe medirse la presión arterial en la visita inicial sino durante las de seguimiento y, a los sujetos con indicaciones de hipertensión, antes de cualquier tratamiento odontológico.

El paciente con hipertensión sin diagnosticar, las lecturas diastólicas persistentemente por arriba de 90 o lecturas sistólicas demás de 150 debe ser valoradas por su médico.

4.4.1 PIEL

Tener en cuenta las alteraciones que se producen en el envejecimiento y las lesiones más frecuentes buscando siempre la existencia de ulceraciones se deben analizar las superficies cutáneas expuestas. La piel en cuanto a petequias y equimosis, que pudiesen señalar trombocitopenia

La ictericia indica enfermedad hepática o anemia hemolítica.

El dentista también puede observar palidez, señal de anemia, o aumento de la pigmentación generalizada, indicación de insuficiencia suprarrenal

4.4.2 EXAMEN CERVICAL

En esta valoración se deben observar cicatrices en el cuello que pudieran manifestar tiroidectomía o traqueotomía.

El examen cervical debe comprender una cuidadosa evaluación de los ganglios linfáticos del cuello, la mayor parte de los ganglios linfáticos palpable son nódulos fibróticos causados por infecciones pasadas.

Enfermedades que producen linfadenopatía, de importancia en el anciano son leucemia, linfoma, carcinoma metastático y trastornos del tejido conjuntivo. Los signos que facilitan al clínico tasan la importancia clínica de la linfadenopatía comprenden el tamaño y la persistencia de los ganglios afectados, la cantidad de cadenas linfáticas implicadas y la consistencia de los nódulos comprendidos

Por ejemplo: los ganglios agrandados de consistencia elástica e insensible sugieren linfoma, mientras que los crecidos y sensibles sugieren infección; un ganglio linfático agrandado durante más de un mes y con más de un centímetro de diámetro que no interviene en una infección debe ser motivo de investigación. (1)

EL DIAGNÓSTICO en geriatría se dará bajo los aspectos de:

- 1) Diagnóstico clínico
- 2) Diagnóstico funcional
- 3) Diagnóstico psíquico
- 4) Diagnóstico social

EL PRONÓSTICO en geriatría habrá que referirlo siempre en dos aspectos:

- 1) Pronóstico de vida
- 2) Pronóstico funcional.

EL TRATAMIENTO se efectuará sobre los cuatro aspectos diagnósticos:

- 1) El clínico
- 2) El funcional
- 3) El psíquico
- 4) El social

La evolución: La revisión de los ancianos debe ser en general más frecuentes que en otras edades, pero cada paciente tiene unas necesidades diferentes y cada médico valorará individualmente cuando tiene que volver su paciente a revisión (2).

CAPÍTULO 5

ATENCIÓN A LOS ANCIANOS Y CUIDADOS POSTERIORES

5.1 INTRODUCCIÓN

La necesidad de atención odontológica para el anciano es consecuencia del no asistir a la consulta dental por varios años, con un mayor riesgo en la senectud de que haya enfermedad periodontal, pérdida dental y ósea, prótesis que se deterioran y padecimientos bucales vinculados con muchas enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento

Existen dos problemas principales como barreras causales en la atención dental preventiva y de rehabilitación para el anciano.

1) Es la actitud de los propios ancianos hacia la enfermedad dental (tiende a creer que se debe esperar una deficiente salud bucal con el envejecimiento y que nada puede hacerse).

No sólo se debe educar al anciano sobre la necesidad de un tratamiento adecuado de la cavidad bucal independientemente de la presencia de dientes naturales, sino que además se requiere capacitarlo con respecto a los problemas de nutrición que muchas ocasiones ocurren por la limitada o nula habilidad masticatoria

2) La segunda barrera para la atención dental de prevención y rehabilitación en el anciano es la actitud de ciertos dentistas que creen que el anciano es poco apto para la rehabilitación dental y el tratamiento preventivo.

La causa principal de estas actitudes es la falta de comprensión sobre la naturaleza y los procesos del envejecimiento humano y su relación con la salud bucal exacerbando esas situaciones por la incapacidad de algunos odontólogos para comunicarse adecuadamente con personas mayores y para comprender las circunstancias socioeconómicas de esta gente.

La proyectada mejoría en los niveles socioeconómicos, educacional y médico generará una población de ancianos más receptiva a los servicios para la salud bucal. A fin de garantizar una consideración eficaz de las necesidades de salud bucal de este grupo asegurándose de:

- 1) Continuar y expandir la investigación sobre el envejecimiento en general
- 2) Fomentar la capacitación sobre salud bucal dirigida a los ciudadanos de la tercera edad, y la educación profesional sobre odontología geriátrica
- 3) Ampliar los programas de ayuda económica para los ancianos pobres, a fin de incluir servicios preventivos y restaurativos de salud bucal
- 4) Permitir su acceso a la atención dental eliminando obstáculos físicos y llevando el tratamiento odontológico a la persona recluida en su hogar o en una institución, ya que la población senecta por servir constituye una mezcla de 4 categorías. (5)

Categorías	Limitaciones terapéuticas	Habilidades geriátricas/ reconocimiento requerido
I. ANCIANO FUERTE Con una o más enfermedades crónicas menores Vida independiente Ejemplo: paciente con osteoartritis y hernia hiatal	Ninguna	Cambios en el metabolismo. Farmacológicos, algunas interacciones medicamentosas y efectos secundarios
II ANCIANO DÉBIL Estados médicos debilitantes crónicos Vida independiente con apoyo Ejemplo: La persona con artritis reumatoide, estreñimiento, arteriosclerosis, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento limitado por dificultades del enfermo para entrar al consultorio dental y al baño del dentista, para llegar a la casa o institución del paciente con equipo adecuado • Se requieren citas más breves. Tratamiento limitado por la capacidad del paciente para tolerar el procedimiento y por la gravedad de los trastornos médicos 	

<p>III ANCIANO FUNCIONALMENTE DEPENDIENTE Personas debilitadas al grado que la independencia es imposible, limitado a una institución en su hogar Ejemplo: Personas con ARTRITIS REUMATOIDE (causas deformaciones e incapacidad, ocasiona erosiones óseas y osteoporosis), ESTREÑIMIENTO (sus causa son los malos hábitos: dieta baja en fibras, por la ingesta de líquidos, falta de ejercicio, inmovilidad isquemia del intestino grueso y el colon irritable, carcinoma de colon,), ARTERIOESCLEROSIS (hay endurecimiento y engrosamiento graduales de la pared arterial con disminución de su elasticidad y aumento de la presión intravascular con diversas alteraciones metabólicas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento limitado por la capacidad del enfermo para entrar al consultorio dental o al baño, la capacidad del dentista para llegar al hogar o la institución del paciente con equipo adecuado o ambas cosas 	
<p>IV ANCIANO MUY ENFERMO E INCAPACITADO. Estado de salud deteriorado al grado que se requiera sostén constante, hospicio o asilo. Ejemplo: paciente con enfermedad terminal de Alzheimer, persona con traumatismo reciente al tallo cerebral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento limitado por la capacidad del enfermo para entrar al consultorio dental o al baño, la capacidad del dentista para llegar al hogar o a la institución del paciente con equipo adecuado o ambas cosas. • El cuidado urgente y paliativo suele limitar el tratamiento 	

Los programas dentales de educación geriátrica deben considerar cada una de las categorías y debe quedar disponibles para todos los profesionales que proveen directa o indirectamente servicios de salud bucal y una amplia variedad de salud y bienestar

Con un objetivo principal de estos programas de capacitar a los profesionales de la atención dental para mejorar la calidad de vida del anciano, ya sea obteniendo nuevos conocimientos, técnicas de aprendizaje, esperando la mejoría de conducta y actitudes así como capacitar a los alumnos para el tratamiento dental de los pacientes

ancianos y así motivar al odontólogo interesarse por los pacientes de la tercera edad.

(5) (1)

Al presentar un programa dental geriátrico, el objetivo es crear un profesional con el suficiente conocimiento de los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, del envejecimiento a fin de tomar decisiones terapéuticas apropiadas, individualizadas, acerca de los pacientes dentales senectos.

El problema de atención a los ancianos es de organización y tratamiento, es necesario que el odontólogo acepte la responsabilidad de conservar las normas de higiene bucal y vigilar la posible aparición de algún trastorno. (5)

El objetivo principal es verificar si existe una prótesis adecuada, cuya eficacia depende en gran medida del mismo paciente, en particular cuando se trata de prótesis totales. Muchos ancianos pueden estar usando prótesis antiguas e inadecuada, según un criterio profesional, mucho mejor que las nuevas con “mejor” oclusión; esto debe considerarse al evaluar su dentición.

La dieta es importante ya que la ingestión entre comidas de bocadillos que contienen carbohidratos que producen caries.

A los pacientes que padecen de úlcera gástrica o duodenal, cálculos biliares, dispepsia, así como a quienes han tenido tratamiento quirúrgico para estos padecimientos, debe indicárseles que mastiquen muy bien su comida y se les debe proporcionar una prótesis adecuada. Además, se ha comprobado que una dieta con alto contenido de fibra es importante para que el intestino se conserve sano.

5.2 PROBLEMAS DE TRATAMIENTO

La atención odontológica de los ancianos pueden dividirse en tres grupos principales:

- 1) Los que pueden valerse por sí mismos, con estado de salud variable y que pueden acudir con el cirujano dentista.
- 2) Quienes viven en instituciones con diversos grados de incapacidad
- 3) Los que están siempre en su casa.

Hoy en día estos pacientes reciben tratamiento de las siguientes maneras:

- 1) **Grupo I**, incluye el mayor número de pacientes, los que dependen de su propia capacidad para trasladarse al consultorio dental.
- 2) Los del **Grupo II** tienen diversas dificultades y dependen de la institución en que viven. Una persona en un hospital geriátrico recibe atención del servicio dental del mismo.
- 3) Los que viven confinados en casa (**Grupo III**), por lo general dependen de los servicios de un odontólogo general, que puede realizar un tratamiento de urgencia. Algunas autoridades locales han organizado campañas para proporcionarles atención dental que podrían ampliarse más cuando se establezca el servicio de la comunidad.

El enfoque ideal podría ser estimular a los odontólogos generales a tratar ancianos. Es necesario que los consultorios se ubiquen en la planta baja y no tengan escaleras o que el acceso sea por elevador; es importante que haya instalaciones adecuadas para enfermos en sillas de ruedas. Alguna institución dental debe tener la relación de profesionistas que acepten y pueden atender a estos pacientes.

El Servicio Dental de la Comunidad debe proporcionar atención de respaldo a quienes permanecen en su casa o en instituciones y no pueden obtener tratamiento por otros medios.

La atención odontológica de ancianos en hospitales, asilos y casas privadas puede ser posible con vehículos equipados de manera adecuada para proporcionar el servicio en el lugar donde se encuentra el paciente. Pequeñas camionetas pueden llevar el equipo necesario a muchos hogares, pero en los hospitales donde no existe un quirófano adecuado, puede requerirse un trailer más grande. Se deben hacer todos los esfuerzos para ayudar a los familiares y amigos a aumentar la movilidad del paciente que permanece en su casa.

Algunos pacientes de edad pueden verse profundamente afectados por el ingreso en un hospital. La persona de edad está a menudo en la comunidad en un

estado de equilibrio precario que puede verse drásticamente afectado por su traslado a un hospital.

La experiencia de visitas domiciliarias durante años ha confirmado el valor de disponer de una serie de paquetes en cajas separadas para tratamientos especiales.

Como rutina conviene disponer de cuatro conjuntos estériles.

- 1) un paquete para anestesia local;
- 2) un paquete de cirugía bucal menor (para extracción de dientes, pequeños fragmentos de hueso y raíces retenidas simples);
- 3) un paquete de gasas y toallas, etc.
- 4) un paquete con hemostáticos (para hemorragias postextracción).

Una exigencia muy importante previa al tratamiento dental es la necesidad de conseguir un apoyo de la cabeza y espalda del paciente. Si el paciente está postrado en la cama esto puede conseguirse fijando un apoyacabezas portátil, bien a la cabecera de la cama o a un respaldo plegable que puede transportarse con el equipo dental. El respaldo puede también ser fijado en la mayoría de las sillas de ruedas por medio de adaptadores.

En casas pequeñas, si se dispone de alguna habitación, una plataforma para una silla de ruedas que puede construirse fácilmente, será de gran utilidad. Se consigue un buen soporte de la cabeza, y la estabilidad de la silla está asegurada por los rieles.

Las capacidades específicas del personal hospitalario y de los dentista de la práctica privada deberían ponerse a disposición de aquellos individuos ancianos y achacosos, que siguen viviendo en sus propios hogares. Se sugiere, por tanto, que los dentistas, tanto en servicio hospitalario como en la práctica diaria, deberían disponer parte de su tiempo para trabajar fuera de sus clínicas y en el interior del servicio de asistencia que se ha establecido comunalmente para la asistencia domiciliaria para las personas de edad. Resultará inevitable mantener un estrecho contacto entre el profesional y los demás elementos de la asistencia comunitaria a fin de mejorar la comprensión mutua de los problemas. (7)

Ocasionalmente, se pueden hacer procedimientos menores si se dispone de un equipo dental portátil. La mayoría de los pacientes pueden ser llevados al consultorio para tratamiento restaurador, en ambulancia. (4)

5.3 ATENCIÓN

Las necesidades de tratamiento de los ancianos pueden resumirse de la siguiente manera

- a) Conservación de la salud de los tejidos bucales, blandos y duros.
- b) Colocación y conservación de prótesis.
- c) Examen regular de los pacientes para verificar si existe algún padecimiento bucal.
- d) Enseñanza de técnicas o administración de cuidados de higiene bucal preventiva.

El primero de estos objetivos sólo pueden realizarlo los odontólogos; los primeros dos también pueden requerir la opinión de un cirujano dentista adscrito a un hospital. El cuarto objetivo lo pueden realizar asistentes dentales o educadores de la salud.

La mayoría de las necesidades dentales del anciano pueden en el momento actual ser satisfechas por aparatos protésicos, que cuestan menos que otras formas de odontología restauradora.

Resulta claro que la única forma de atacar este problema es por medio del examen de rutina del anciano y éste debería incluir una revisión bucal. De esta forma los trastornos progresivos podrían ser diagnosticados y tratados lo más pronto posible. El contacto regular con el equipo médico, incluyendo al odontólogo podría ser realizado por los responsables de la salud y el bienestar encabezados por el profesional médico general en unión con el responsable local de la salud pública. Lo ideal sería extenderlo a todas las personas de edad de la comunidad para asegurar un mejor nivel de salud. (3)

5.4 SERVICIO DE SALUD DENTAL DE LA COMUNIDAD

La solución es usar equipos móviles que se trasladen en pequeños vehículos a la casa del paciente. Dichos equipos deben ser adecuados para los diversos procedimientos odontológicos. En el pasado los pacientes desdentados sólo han requerido cirugía bucal menor, como extracciones de restos radiculares o de dientes cariados. Con el desarrollo de equipo y el aporte adecuado de electricidad, no hay razón para que estos pacientes no reciban tratamiento odontológico completo. Sin embargo, algunos procedimientos siempre serán difíciles, por lo que pueda ser necesaria la hospitalización para realizarlos.

5.5 EQUIPO

Un factor muy importante de la atención odontológica es colocar al paciente en una posición cómoda para que el odontólogo pueda realizar cualquier maniobra necesaria. Las extracciones se realizan mejor con el paciente en posición supina, como estaría en un hospital, por lo que puede usarse la cama del paciente; otros procedimientos dependen mucho de la situación del individuo. El tratamiento de un anciano en cama presenta dificultades para la restauración y colocación de prótesis. Para quienes permanecen en una silla de ruedas, se requiere un soporte para la cabeza, por lo que se han diseñado muchos tipos de cabezales que se adosan a la silla. El sistema más satisfactorio es aquel en que la silla se ajusta a una estructura que puede girar, ésta se dobla y puede transportarse en camioneta. Cuando el paciente se puede mover puede usarse una silla de brazos con almohadas para apoyar la cabeza. Sin embargo, hay algunos sillones dentales portátiles disponibles, si se usa una camioneta, puede ser la solución para la atención domiciliaria. Para realizar un tratamiento conservador es esencial tener las piezas de mano adecuadas; los instrumentos y el equipo.

El odontólogo siempre debe llevar lo necesario para los procedimientos protésicos. Los materiales auxiliares como los condicionadores tisulares y resinas

autocurables también deben tenerse a mano para el tratamiento inmediato o temporal. Los instrumentos estériles, fresas, etc (2)

5.6 CUIDADOS GENERALES

5.6.1 LIMPIEZA DE LOS DIENTES NATURALES

Las instrucciones sobre la higiene bucal de los ancianos con dientes naturales remanentes son similares a las que se dan a los adultos más jóvenes. El uso de cepillos automáticos puede ayudar a la limpieza dental general, en particular los que funcionan con baterías. Son aconsejables las pastas dentales que contienen sustancias que combaten la sensibilidad dentaria. Las pastas que suelen encontrarse en el mercado hoy en día, tienen bases de sabor agradable y prefieren a las que existían en el pasado. Con los cepillos de pequeñas cabezas o los especiales para los espacios, es posible asear los dientes aislados. La manera ideal en que los ancianos pueden limpiar sus dientes es sentarse frente a un lavamanos y usar un espejo para observar lo que están haciendo. La seda dental no es el material ideal para el paciente geriátrico, existe duda sobre su eficacia para limpiar los dientes con coronas largas y grandes espacios interdentes. Para algunos ancianos no es fácil sostener el cepillo, por algún accidente vascular previo o por artritis; puede ser necesario modificar el mango o incluso personalizar la manera de sujetarlo

5.6.2 HIGIENE DE LA PRÓTESIS

Las prótesis acumulan placa bacteriana de diferentes grados en diversas personas, algunos individuos las cuidan y conservan en mejor estado que otro. Los ancianos quizá no son capaces de conservar la higiene adecuada de sus dentaduras, ya que no comprenden qué método de limpieza debe usar; también, pueden estar incapacitados físicamente y tener dificultad para realizar satisfactoriamente todo el procedimiento. Además, pueden mostrar indiferencia por su aseo personal, lo que a veces se observa en las personas más ancianas.

Por tanto, al proporcionar los métodos usuales para la limpieza de prótesis, deben considerarse estos problemas y organizarse de manera que el paciente pueda efectuarlos con facilidades y se alcancen los propósitos deseados. En forma alternativa, las rutinas deben ser prácticas para que el personal de enfermería las lleve a cabo.

El depósito se adhiere a las prótesis puede ser blando o duro; la placa se empieza a formar inmediatamente después de insertarlas en la boca, con frecuencia, son muy notorios los depósitos blandos en las prótesis, en particular después de las comidas, por lo general, pueden eliminarse enjuagándolas con un chorro de agua o frotándolas con una gasa o tela suave. La limpieza suave con un cepillo de dientes o de prótesis blando. Esto debe realizarse después de cada comida y al retirar las prótesis por la noche al irse a acostar. Al tiempo, se presentan depósitos más duros y resistentes; por lo general se ven con más frecuencia en las superficies protésicas cercanas a las glándulas salivales.

Se recomiendan los limpiadores comerciales como auxiliares en la higiene (Véase la tabla).

TABLA

Tipo de limpiador	Constituyentes principales	Desventajas
Limpiadores en solución a. Soluciones de hipoclorito	Hipoclorito de sodio diluido	1. Blanqueamiento 2. Corrosión de los metales 3. Olor 4. Puede dañar la ropa
b. Limpiadores de peróxido alcalino	Peróxido alcalino con un agente que libera oxígeno	No elimina fácilmente las manchas No es activo contra los depósitos duros
c. Ácidos minerales diluidos	Ácidos hidroclicóricos diluidos	Corrosión de los metales
Limpiadores abrasivos a. Polvo para prótesis	Agente abrasivo	Abrasión de la base de la prótesis y los dientes requieren el uso de cepillo
b. Pastas	Agente abrasivo, un ácido o ambos	1. Abrasión de la prótesis 2. Es difícil asegurar una remoción total de limpiador Requiere el uso de cepillo

Al limpiar las prótesis parciales metálicas o totales reforzadas con metal, es importante evitar el uso de ácidos e hipocloritos, que pueden producir corrosión, si bien puede añadirse hexametáfosfato de sodio a los hipocloritos para evitar dicha acción. También, deben recomendarse con precaución estos limpiadores a los ancianos, ya que pueden dañar la ropa y los muebles; es muy importante aconsejar al paciente que lea las instrucciones del fabricante.

Las prótesis metálicas y las que tienen aditamentos de precisión, pueden limpiarse con pequeños cepillos, algunos de los cuales se fabrican con diseños especiales.

En general se recomienda que los pacientes retiren sus prótesis durante la noche, si bien se sabe que muchos no lo hacen.

Es de particular importancia que los cirujanos dentistas instruyan a su equipo de asistentes en todos los aspectos de la higiene bucal y que consideren la fragilidad de las resinas de las prótesis.

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

CONCLUSIONES

La vejez no tiene que seguir siendo considerada como una desesperada “antesala de la muerte”. Los fenómenos biológicos, sociales y económico que la caracteriza son hechos previsibles y, por lo tanto, paliables en cierta medida por medio de una buena evaluación y una acción consecuente.

La sociedad y su brazo médico, tienen el deber de suministrar atención a todos los ancianos en la misma forma que procuran cuidados médicos, psicológicos y financieros en otras circunstancias de la vida.

Es mucho lo que puede hacerse por un paciente de edad avanzada, en vez de considerar la vejez como una “espera del fin”. Aparte de la ayuda médica y de los beneficios sociales que podamos suministrar a los ancianos enfermos. También podemos prevenir algunas de las consecuencias más dolorosas de la edad avanzada, se tendrá que elaborar una acción inmediata y prevención a las cuales girará una buena atención de salud.

La evaluación de la salud en el anciano debe ser un primer paso hacia la acción no debe concretarse a los estragos que cause el desgaste fisiológico. Tampoco hay que limitarse a una actitud pasiva de quienes armados por otro lado de una ciencia médica muy adelantada, se conforman con encogerse de hombros ante lo inevitable.

La evaluación de la salud en los ancianos debe llevarnos a una actitud más crítica de lo que ha sido la historia natural de esa misma salud durante las épocas más temprana de la vida.

Muchos seres humanos la podrían pasar mejor al llegar a viejos si desde niños hubieran recibido los cuidados preventivos que la ciencia y una sociedad

desaprensiva les regatearon sin misericordia, sin visión del futuro, y sin sentido humanista por lo tanto:

Los objetivos son atender, ayudar, orientar y proteger a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas al igual que proporcionar en el desarrollo social servicios socioculturales, educativos y educación para la salud.

Y en cuanto a la Asistencia Social prestar los servicios de albergues, desarrollo comunitario, cultura física, servicios psicológicos y turismo social y popular.

El tener un compromiso con la población anciana incluye programas prioritarios, los cuales abarcan asistencia social en casas hogares, centros de desarrollo, centros familiares, programas gerontológicos Al igual ver al anciano como un individuo productivo independiente, autosuficiente y plenamente integrado a la sociedad.

Con necesidades de atención médica que puede presentar así como la utilización del tiempo libre en actividades educativas a fin de conservar el interés de la persona y del medio en que vive.

De modo que al aumento de personas de edad avanzada no se les ha considerado las características particulares de su organismo, de sus trastornos, de su terapéutica, preciso la existencia de centros de rehabilitación, personal especializado para una mejor atención médica y una mayor calidad en las condiciones de vida de los ancianos tanto privado como institucional.

La población senecta merece mayor atención y comprensión, lo cual implica otorgarle un significado existencial pleno para el resto de sus días; al anciano no se le debe ver como una persona incapaz ya que con su experiencia es relegado de

su actividad creadora, viéndose privado de esos recursos el anciano se sumerge en un sentimiento de amargura e inutilidad.

Con la edad aumentan los problemas de salud, por eso en la familia del anciano puede seguir desempeñándose en todos los menesteres y continuando por la vida sin que disminuya su personalidad, ni pierde sus afectos especiales. La integración de un anciano con su familia perdurara durante un largo periodo ya que si no es así lo llevaría a la soledad la cual es una enfermedad que lo deprimirá y lo desamparará y tendrá un aislamiento absoluto, por eso es preciso mantenerlo en un círculo familiar saludable y feliz.

Con la jubilación es necesario que no se le cierren las fuentes de trabajo no se rechace su experiencia, ya que puede transmitir todo su conocimiento a nuevas generaciones y sentirse útil en todo. Y para los días que le queden de vida, añadiendo una vida activa, plena y con salud, ya sea en asilos, albergues o residencias teniendo una atención especial, ya que algunos son abandonados por sus familiares o por carencia de recursos económicos se debe tratar de preservar en lo posible la salud conforme el individuo va envejeciendo mantener la salud mental, evitando que el hombre sano enferme; dado que la asistencia geriátrica debe ser integral, preventiva, médico-asistencial y rehabilitadora por áreas o sectores alcanzando tanto zona urbana, suburbana intermedia y rural.

Contando con los servicios de geriatría hospitalaria, medicina de familias comunitarias, servicio social de la comunidad. En servicios médicos con instalaciones de fácil acceso y un entorno que ofrezca seguridad.

GLOSARIO

-A-

Anorexia. Falta de apetito

Apoplejía: es un defecto neurológico permanente debido a enfermedad cerebrovascular.

Arterioesclerosis. Hay endurecimiento y engrosamiento graduales de la pared arterial, con disminución de su elasticidad y aumento de la presión intramuscular con diversas alteraciones metabólicas.

Astenia. Episodios de insuficiencia circulatoria periférica, como vértigos, lipotimias y síncope

-C-

Cianosis. Coloración azulada de los tegumentos por aumento, en la sangre capilar de hemoglobina reducida

Cunicultura. Arte de criar conejos y aprovechar su carne y sus productos.

-D-

Diagnóstico nosológico. Diagnóstico: conjunto de síntomas que sirven para fijar la naturaleza de una enfermedad; determinación de una enfermedad por sus síntomas.

Nosológico: estudio y clasificación de las enfermedades.

Diplopia. Fenómeno que consiste en ver dobles los objetos

Disfagia. Dificultad de realizar la acción de comer (dificultad de realizar la acción de deglutir).

Disfunción de la marcha. Disfunción alteración cuantitativa o cualitativa de las funciones de un órgano.

Dismenorrea. Menstruación dolorosa o difícil

Disnea. Dificultad para respirar

Dispepsia. Digestión difícil sea cual fuera la causa de esta dificultad, enfermedad del aparato digestivo, de sus anexos, enfermedad de la nutrición o intoxicación crónica.

-E-

Edema. Infiltración serosa de diversos tejidos, en particular del tejido conjuntivo de revestimiento cutáneo o mucosos.

Equimosis. Manchas a veces negras y otra pardas o amarillentas, resultante de la infiltración del tejido celular por una cantidad variable de sangre.

Espujo. Lo que se arroja de una vez en cada espueración.

-H-

Hematemesia. Vomitar (vómito de sangre sea cual fuere su origen: estómago, esófago), sangre deglutida.

Hemoptisis. Hemorragia pulmonar caracterizada por la espueración de sangre.

Hidroponía. Cultivo de plantas sin necesidad de tierra.

-I-

Ictericia. Coloración amarilla de la piel y de las mucosas debido a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.

-M-

Melena. Síntoma que consiste en la evacuación por el ano de sangre negra mezclada o no a las heces y que presenta a menudo el aspecto de la brea (enfermedad).

-O-

Ortonopea. Dificultad para respirar al yacer acostado.

Osteoartritis: son traumatismos que llevan deformación articular, enfermedad inflamatoria, incluyendo gota y artritis reumatoide.

Osteomalacia: *consiste en la calcificación ósea defectuosa debido a deficiencia de vitamina D.*

-P-

Parestesia. Sensación anormal, rara, alucinatoria, táctil, térmica, etc. de los sentidos de la sensibilidad general.

Pirosis. Sensación de quemazón que parte del epigástrico asciende por el esófago hasta la garganta acompañado de eructación y regurgitación de un líquido ácido y ardiente.

Pluripatología: Varias enfermedades.

Polifagia. Necesidad excesiva de comer y ausencia de la sensación de saciedad.

Poliuria. Secresión de orina en cantidad abundante

-S-

Sepsis. Suele deberse a infecciones por *E. coli*, *pseudomonas* o estafilococos, los síntomas pueden ser leves, con evolución subaguda y posibles remisiones, después de aumentos térmicos, ocasionales, precedidos de escalofríos

Síncope. Pérdida repentina del conocimiento y la sensibilidad ocasionada por la suspensión temporal de la función cardíaca.

-T-

Terapia ocupacional. Se efectúan ejercicios recreativos y productivos para que el individuo haga objetos útiles para él y los demás.

Tumefacción. Aumento de volumen de alguna parte

-V-

Vértigo. Trastorno nervioso que produce el o los objetos que lo rodean, están animados de un movimiento giratorio oscilatorio.

-X-

Xerostomía. Boca seca por defecto de secreciones.

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO I

1. Osawa Deguchi, J. Y. 1994. Estomatología geriátrica. Ed. Trillas 1a. Edición, México, D.F. 30-52 p.
2. INSEN. 1 Esto es... Folleto Informativo 8 p.
3. INSEN 1997 Relación de clubes de la tercera edad Folleto Informativo 1 p.
- 3 a. INSEN. 1999. Relación de clubes y población atendida por INSEN en las 16 delegaciones. 1 p.
4. Derechos de los ancianos. INSEN Folleto Informativo 1 p.
5. IMSS. 1997. Anuario Estadístico de Servicios Médicos
6. ISSSTE. 1994. Anuario Estadístico. 1994.
7. ISSSTE Anuario de Información Epidemiológica
8. INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992, y Tabulados México 1994.
9. INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Resumen General, Tabulados Básicos, México, 1992. Estados Unidos Mexicanos, Conteo de Población y Vivienda 1995.
10. Tabulados Básicos México 1996.
11. Consejo Nacional de Población.
12. Atlas de la Ciudad de México Colegio de México y Urbanistas del Distrito Federal, 1985.
13. DGEI, Boletín de Información Estadística, No. 17, Vol. I 1997.
14. Secretaría de Salud, a través de la información proporcionada por las instituciones del Sistema Nacional de Salud
15. SSA, DGEI, Sistema de Información en Salud para población abierta, Renis, 1997
16. División de Informática, Dirección de Prestaciones Médicas.

17. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995.

Diario Oficial (jueves 21 de enero de 1999)

CAPÍTULO 2

1. Alberto Salgado Alba, Francisco Guillen Llera *Tratado de Geriatria y asistencia geriátrica*, Editorial Salvat Editores, Barcelona, Madrid. 1986. p. 41, 42, 51

2. Alberto Salgado Alba. *Manual de Geriatria*, Editorial Salvat Editores, Barcelona, Madrid. Impreso en México 1994. p. 32 a 37, 41 a 53

3. F. Guillen Llera. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. p. 108, 109, 111.

4. Pietro de Nicola. *Geriatria* Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México, 1985 p 27

5. Linda Thomas *Atención del paciente geriátrico* Editorial Limusa, México 1991. p. 6 y 7

6. Fernando Perlado. *Geriatria*. Editorial Científico-Médico Barcelona, Madrid, Lisboa, 1980. p 29

CAPÍTULO 3

1, Geza T. Terezhalmly y Michele J. Saunders. *Clínicas odontológicas de Norteamérica*. Vol.1 1989 *Odontología geriátrica*. Editorial Interamericana México-España-Nueva York. México D.F., 1989, p 45-52.

CAPÍTULO 4

1 *Clínicas odontológica de Norteamérica*. Vol. 1 1989 *Odontología geriátrica*. Nueva editorial Interamericana, México, D.F , 1989. p. 53 a 60

2. Alberto Salgado. *Manual de geriatria* Editorial Salvat Editores. 1994. Impreso en México, p. 163, 164, 165, 166.

3. J.F Bates Adams. *Tratamiento odontológico del paciente geriátrico* Editorial Manual Moderno. 1986 p 74, 76

4. Annette Lueckenotte. Valoración geriátrica. Editorial Interamericana McGraw-Hill, México 1992. p. 18, 19.

CAPÍTULO 5

1 Revista ADM Modalidades terapéuticas odontológica recibidas por el paciente anciano. Volumen LIV marzo-abril 1997 No. 2 p. 102-109

2. J.F. Bates Adams. Editorial Manual Moderno S.A. de C.V. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico México 1986 p. 133 a 137, 171.

3. A.S.T. Franks, Bjorn Hedegard. Odontología geriátrica. Editorial Labor. Barcelona Madrid, 1976. p. 175 a 181, 188, 189.

4. A. J Novarwk D.M.D. Odontología para el paciente impedido. Editorial Mundi S.A.I.C y F Paraguay, 7a edición 1979 p. 218

5. Geza T. Terezhalmly, Michele J. Saunders. Clinicas odontológicas de Norteamérica. Vol I./1989. Nueva Editorial Interamericana, México, 1989. p. 4,5, 15 a 19.

6. Nicholas Coni, M.A., William Davison. Geriatria. Editorial El Manual Moderno S.A de C.V. México 1990.

Pietro de Nicola. Geriatria. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., México, 1985.