



ASPECTOS SOCIOPSIKOPATOLOGICOS DE LA GERONTOLOGIA

TUTOR : DR. ANTONIO ESCOBAR ALVAREZ

ANA MARIA GOMEZ PARGA
MAGNOLIA PATRICIA SIERRA PARRA
TRINIDAD MARIA CORONADO AVELLA
YULLY YENNIFER MOYA COPETE
OLIVER PERDOMO QUINTERO

MONOGRAFIA PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TITULO DE ODONTOLOGO

DR. JORGE ARANGO MEJIA
DR. FREDY OSORIO

SANTAFE DE BOGOTA D. C.
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
1996

AGRADECIMIENTOS

A nuestro padre celestial gracias por recordarnos con frecuencia las obligaciones que tenemos como estudiantes, por santificar nuestro trabajos de estudiantes, por preparar bien nuestra misión en la vida, por darnos valentía y constancia para aprovechar todos los instantes vividos a través de nuestro paso por la facultad.



A nuestro docentes les adendamos los enfados, que perturbaron sin querer nuestra armonía, gracias por su paciencia, dedicación, consejos oportunos, sinceridad y su amistad.

A nuestros hermanos y amigos les debemos la paciencia de soportar nuestras espinas más agudas, los arrebatos de humor, la negligencia, los temores y dudas, gracias por su sinceridad y compañía.



A nuestros padres, no olviden que después del mismo Dios, debemos a ustedes cuanto somos. Perdonen los desvelos, preocupaciones, temores, fatigas y disgustos que les hemos ocasionado debido a nuestra poca experiencia, pero les agradecemos la ternura, las palabras de aliento y el abrazo, el compartir juntos los desniveles que nos presenta la vida paso a paso.

Sus hijos y amigos :



Ana María, Trinidad María, Jully Jenniffer, Oliver y Magnolia Patricia.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. JUSTIFICACION

IV. TIPO DE INVESTIGACION

V. UNIVERSO

VI. MATERIALES Y RECURSOS

VII. PROCEDIMIENTO

VIII. CONCLUSIONES

IX. RECOMENDACIONES

X. REVISION BIBLIOGRAFICA



INTRODUCCION



Todo ser humano en su ciclo vital pasa por diversas etapas y situaciones favorables y desfavorables que determinan la forma como se desempeñará durante la vida.

Por ejemplo en la niñez el proceso de descubrir el mundo es maravilloso, en la adolescencia el asumir responsabilidades y enfrentarse a retos es excitante, en la edad adulta se producen los eventos de vida más importantes, se sufre los avatares económicos y los problemas de la vida cotidiana, y en la vejez última pero también vienen las preocupaciones e inhibiciones y es necesario enfrentar

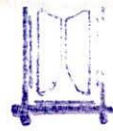
algunas pérdidas, como la del estatus laboral y social, además existe más vulnerabilidad a las enfermedades.

En la actualidad, las expectativas de vida han aumentado gradualmente, por este motivo esta cobrando gran importancia en mundo. Lo que nos obliga a los profesionales de la salud a implantar un cambio en los servicios de la salud, pero especialmente en los que están relacionados con pacientes de la tercera edad.

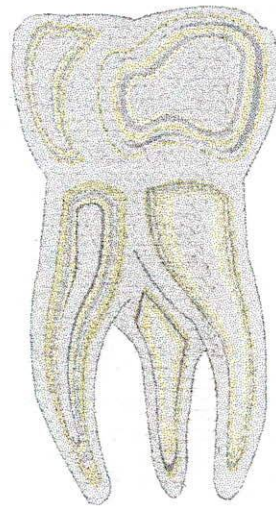


Específicamente en nuestro caso la atención odontológica a los pacientes de edad avanzada no ha recibido la importancia que se merece, pareciendo que la odontología se limitara a los adultos jóvenes y niños, permitiendo que a los ancianos se les deteriore como si fuera algo normal o como si fuera parte de su condición de anciano.

Hemos encontrado que muchos estudiantes de odontología e incluso egresados y docentes desconocen el significado de la palabra GERONTOLOGIA, ya que esta



especialidad se encuentra guardada en el último rincón de la biblioteca y no se le da la misma importancia que a otras especialidades.



II. OBJETIVOS

A. GENERAL

El ser viejo se asume como un proceso negativo, y degenerativo, sinónimo de deterioro, menoscabo, disminución y pérdidas de algunas funciones físicas, ésto hace que se mire el envejecimiento como un evento final, como un periodo en el se expían las culpas y como un único proceso de preparación para la muerte.

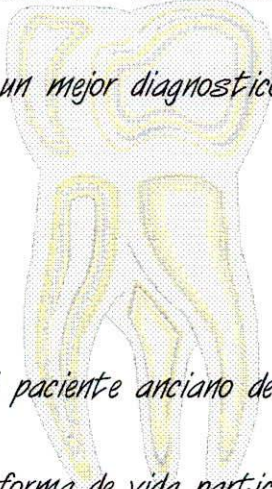


Por tal motivo, nosotros como profesionales de odontología estamos en la responsabilidad de hacer cambiar la mentalidad del operador joven respecto al anciano; y hacer que este lo valore como ser humano, considerando los factores biológicos, cronológicos, psicológicos, económicos y sociales que alteran la calidad de vida de ellos y por esto el tipo de atención odontológica.

B. ESPECIFICOS

Evitar el temor del profesional hacia la atención del paciente anciano al pensar en aplicar la anestesia y quitar de su mente el pensamiento inmediato de diseñar prótesis totales.

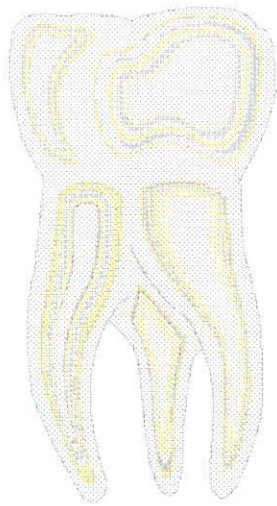
Evaluar en conjunto la situación del anciano a través de un equipo multidisciplinario para lograr un mejor diagnóstico, tratamiento y evaluación de paciente.

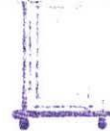


Analizar la forma de vida del paciente anciano determinando las circunstancias en las que se encuentra y la forma de vida particular, mejorando así su atención y creando un estado anímico mejor.

Analizar epidemiológicamente el comportamiento psicopatológico del anciano y observar a nivel social la forma de atención y las circunstancias que los rodean en los centros geriátricos

Sacar de los rincones escondidos de la especialidad de Gerontología rescatarla y darle su verdadero valor dentro de nuestra sociedad, darla a conocer, para la atención integral y bienestar del anciano, porque si bien es cierto que los niños y la juventud son el futuro del mundo, nuestros ancianos son nuestro pasado.



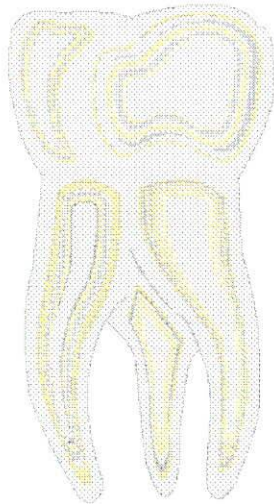


III JUSTIFICACION

El motivo por el cual vamos a realizar este trabajo es debido a que el tratamiento humano profesional no ha sido muy profundo durante nuestra carrera universitaria. Para el odontólogo es de vital importancia conocer e identificar las patologías presentes en pacientes geriátricos para poder brindarles un tratamiento preventivo adecuado.

En este orden de ideas queremos con este trabajo llegar a describir de una manera clara y de fácil consulta todos los aspectos socio-sicopatológicos de estos pacientes, dando un aporte a nuestros compañeros y futuros colegas para que entendamos que el tratar estos pacientes no es como se cree, un trabajo fácil, descomplicado y sin mayor importancia en nuestra futura práctica privada.

De acuerdo a estadísticas, en Colombia la población de la tercera edad a aumentado a 2 millones, por lo cual puede ser un alto potencial de trabajo y que en la actualidad tenemos descuidado.



IV. TIPO DE INVESTIGACION

La clase de investigación que se va a emplear durante el desarrollo de nuestra

Monografía, es de tipo analítico.



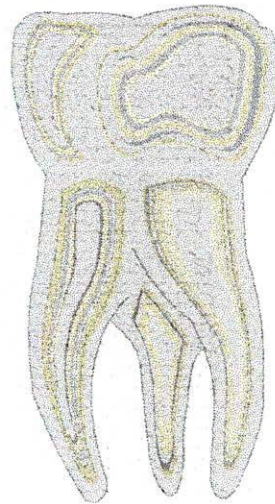


V. UNIVERSO

Este análisis va dirigido a todas aquellas personas que lo pudieran necesitar,

así como a los profesionales del sector de la salud y especialmente a la rama de

la odontología.



VI. MATERIALES Y RECURSOS

1. Papelería

2. Computador

3. Fotocopias

4. Transporte

5. Directorio

6. Revisión Bibliográfica (Revistas, Folletos, Artículos)

7. Diapositivas (Filminas)

8. Fotografías

9. Elaboración de un folleto orientado a los profesionales de Odontología para el

buen manejo del paciente senil.



RECURSOS

A. INSTITUCIONALES

1. Biblioteca Luis Angel Arango
2. Biblioteca Colegio Odontológico Colombiano
3. Biblioteca Pontificia Universidad Javeriana
4. Biblioteca Federación Odontológica Colombiana
5. Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría



6. Centros Geriátricos

- a) Abuelitos Amadas Cra. 26 No. 41-70 Tel : 247 98 63
- b) Asociación Casa Hogar Recordar es Vivir Cll. 122 No. 38 - 23 Tel :
2137036
- c) Centro Gerontológico Nuevo Hogar Cll. 106 No. 40 - 63 Tel : 226 46 73
- d) Casa Hogar El Recuerdo Cra. 53 No. 124 - 26 Tel: 25316 43
- e) Hogar Clínico Casa Blanca Cra. 43 No. 22 - 23 Tel : 24413 60

f) *Dacores y Canitas Dg. 84 No. 28 - 78 Tel : 256 20 30*

7. *Instituto Gerontológico de Colombia*

B. HUMANOS

1. *Director Proyecto : Tutor . Dr. Antonio Escobar*

2. *Pacientes de la 3ra. Edad*

3. *Doctor Antonio Ramírez (Director Departamento de Fisiología - Universidad Nacional)*

4. *Médicos y Enfermeras de los Centros Geriátricos*

5. *Doctora Rocio del Pilar Marroquin (Odontóloga Geriátrica).*



B. HUMANOS

1. *Director Proyecto : Tutor . Dr. Antonio Escobar*

2. Pacientes de la 3ra. Edad

3. Doctor Antonio Ramírez (Director Departamento de Fisiología - Universidad Nacional)

4. Médicos y Enfermeras de los Centros Geriátricos

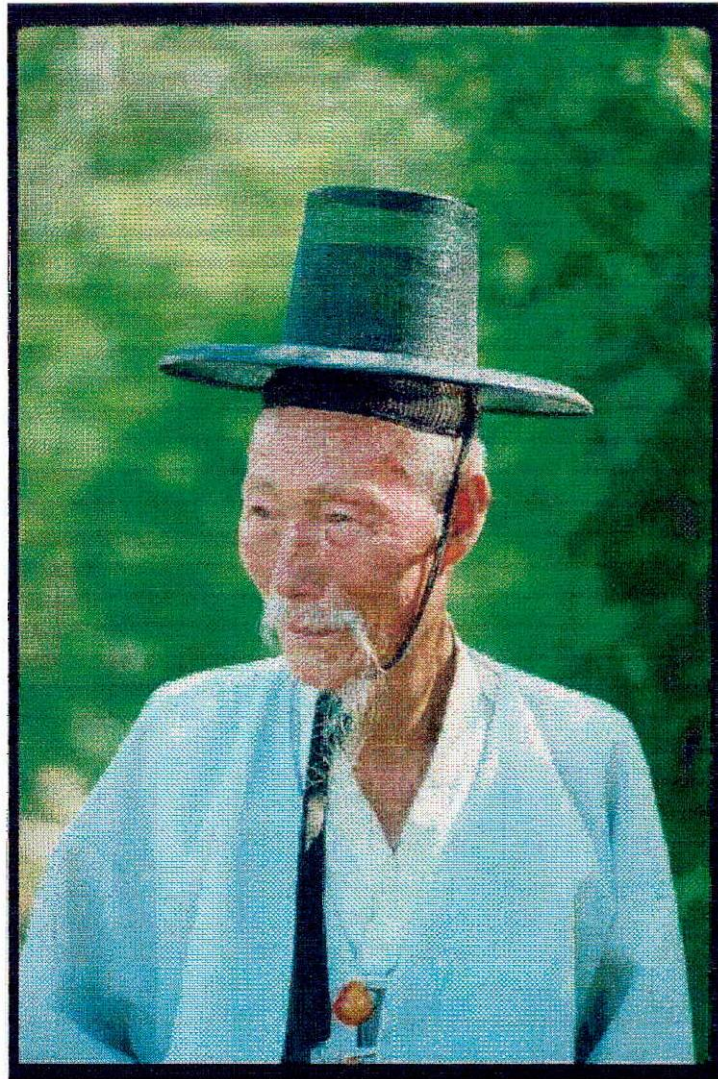
5. Doctora Rocío del Pilar Marroquín (Odontóloga Geriátrica).

Esperamos que el Colegio Odontológico Colombiano y nuestra Facultad de Pregrado, tomen conciencia de lo importante que es atender a una persona de la tercera edad y no abandonar a este gran potencial de pacientes que tienen iguales derechos que los demás.



PROCEDIMENTO

The image features the word "PROCEDIMENTO" in a bold, blue, 3D-style font. The letters are slanted and have a metallic sheen. Behind the text is a yellow, stylized graphic of a tooth or a similar shape, rendered with a halftone dot pattern. The entire composition is centered on a plain white background.



I. GERONTOLOGIA.

DEFINICION.

Es el estudio de las características del envejecimiento, viene del griego

GERONTO : ANCIANO LOGOS : CONOCIMIENTO.

Es una ciencia que estudia todos los aspectos del envejecimiento.

II. AREAS DE LA GERONTOLOGIA.

A. Gerontología Social : Estudio de las implicaciones culturales, sociales, demográficas y económicas, que conllevan al envejecimiento.

B. Gerontología Clínica : Combina la Gerontología y la Medicina en la atención en salud de personas de edad avanzada. En todos sus aspectos : preventivo, clínico, terapéutico, de rehabilitación y vigilancia continua.

C. Gerontología Psicológica : Estudia los cambios que se dan a nivel mental, a medida que se envejece; cambios en la sensación y percepción , en el comportamiento así como en las funciones mentales. (memoria, atención, juicio y concentración).

III. ETAPAS DE LA 3ra EDAD.

A. Vejez incipiente o Cumbre.

Edad 49 - 56 años

Características :

- Dificil concentración mental.
- Cambios Tensión Arterial.
- Infarto Miocardio frecuente.
- Climaterio Masculino o Andropausia.



B. Vejez Activa o Intelectual.

Edad 56 - 63 años

Características :

- Cansancio y Fatiga.

- *Tranquilidad Aparente.*
- *Sequedad de las mucosas.*
- *Disminución de la estatura.*

C. Vejez Hábil o Económica.

Edad 63 - 70 años

Características :

- *Insomnio.*
- *Repiten anécdotas y dan consejos.*
- *Pasos cortos, mano temblorosa.*
- *Hipertrofia Prostática.*



D. Vejez Pasiva o Gradual.

Edad 70 - 77 años

Características :



- *Cambios de Carácter.*
- *Sensibilidad al frío.*
- *Dificultad para la marcha.*

ETAPAS DE LA 4ta EDAD : 77 años hasta fallecimiento.

E. Senectud Probable.

Características :

- *Atrofia.*
- *Osteoporosis.*
- *Descalcificación Gradual.*



F. Senectud Posible.

Características :

- *Invalidez relativa.*

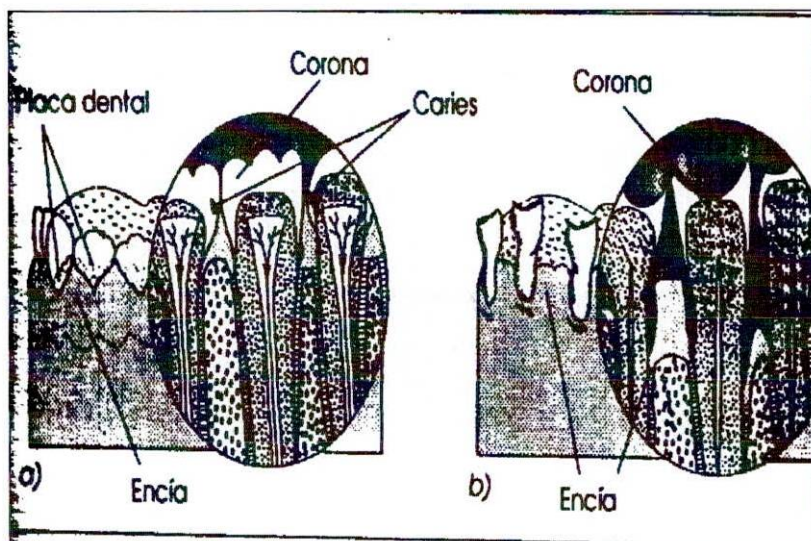
- *Somnolencia.*
- *Incontinencia Babeo frecuente.*

G. Senectud Excepcional.

Características :

- *Caquexia.*
- *Demencia senil.*

III. Patologías Orales en Paciente Senil.



Contraste entre la dentición del joven y del viejo

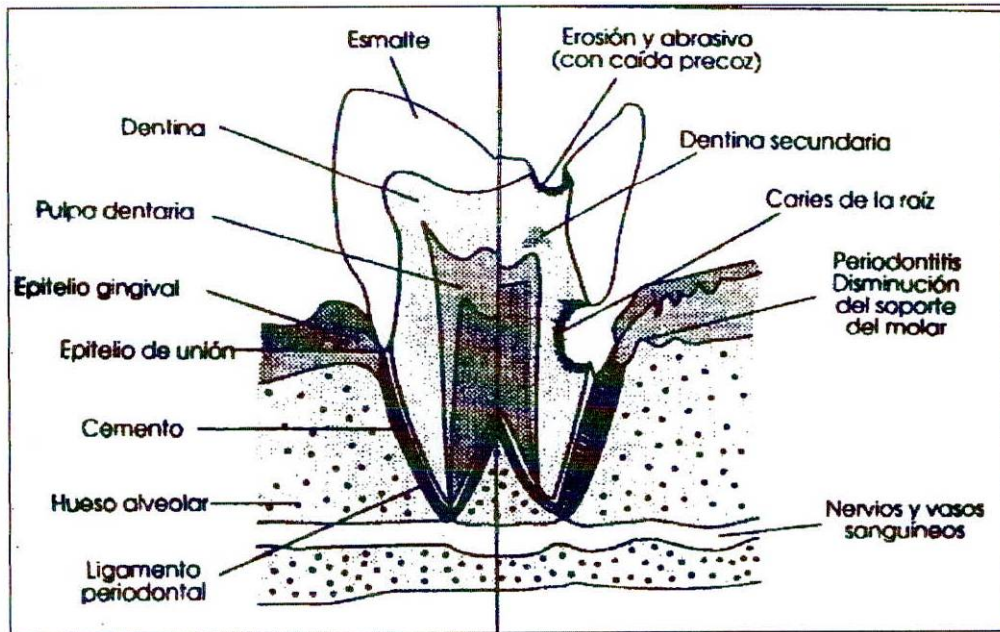
A. Atrición Dental.

- *Leve y moderada (por falta de energía para masticar).*
- *Se produce cambios en la mineralización y deposito de elementos químicos; sufriendo cambios escleróticos el esmalte y la dentina.*

B. Caries Dental.

- *En la 3ra edad se presenta la caries a nivel : de los cuellos dentales debido a la falta de cemento y dentina en dicha área.*
- *La caries secundaria y la caries radicular presentan una gran prevalencia en el anciano.*
- *La caries radicular es de progresión lenta; raramente afecta la pulpa dentaria y generalmente es indolora.*
- *Es frecuente en ancianos que presentan enfermedades crónicas que dificultan las medidas de Higiene Oral y aquellos con tratamientos farmacológicos que producen una disminución en las defensas naturales del organismo ocasionando un efecto xerostomico que aumento riesgo de la caries.*





Procesos patológicos en el diente y tejidos adyacentes en el anciano

C. Pérdida del Gusto.

Definición :

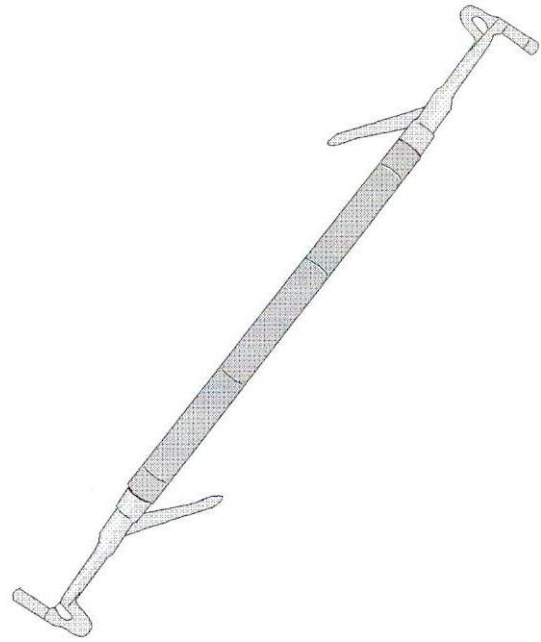
- *Disminución número atrofia de las papilas gustativas.*
- *Disminución perdida saliva.*

Etiología :

- *Mala Higiene Oral.*



- *Desnutrición.*
- *Menopausia.*
- *Andropausia.*
- *Destrucción Coronaria.*



Características. Clínicas :

- *Lengua lisa roja y brillante.*
- *Halitosis.*
- *Alteración percepción de sabores.*
- *Disminución sentido del gusto.*

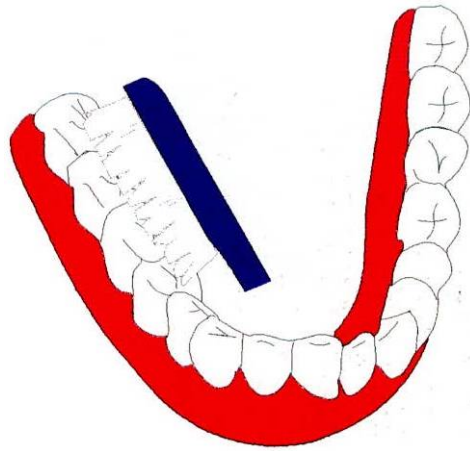
D. Enfermedad Periodontal.

La salud periodontal en los ancianos es en general pobre ya que el nivel de higiene oral es deficiente aumentando con la edad.

Etiología :

- *Mayor acción de las bacterias.*

- Menor capacidad defensiva y reparadora de los tejidos. Frente a la acción bacteriana



Encía :

- Disminución de la queratinización.
- Aumento de la encía insertada. (ancho).
- Aumento sustancia intercelular.
- Descenso de células tejido conectivo.

Ligamento Periodontal :

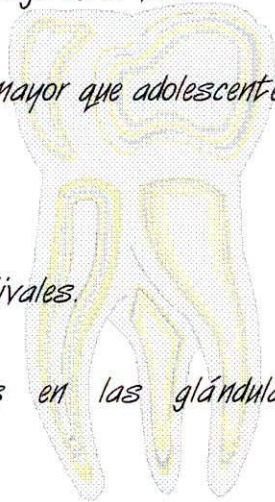
- Mayor número de fibras elásticas.
- Disminución en la vascularización.
- Fibroplasia actividad micótica.
- Cambios arterioescleróticos.

Hueso Alveolar :

- *Osteoporosis.*
- *Disminución de la vascularización y cicatrización.*
- *Actividad Reabsortiva aumentada.*

Cemento :

- *Deposición continua a lo largo de la vida.*
- *Su espesor es 3 veces mayor que adolescente.*



E. Trastorno Glándulas Salivales.

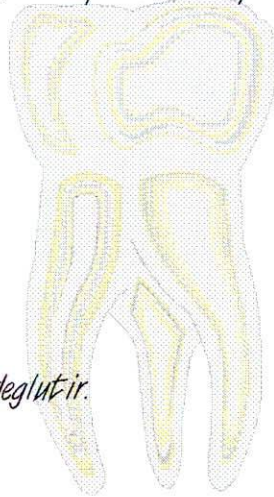
Se observan alteraciones en las glándulas por algunas enfermedades sistémicas tales como :

Síndrome de Stögren.

- *Destrucción de glándulas salivales.*
- *Resequedad. Xerostomia*
- *Superficie tejidos blandos se hace adhesiva y pegajosa.*

1. Cáncer de las Glándulas Salivales

- Son Comúnmente carcinomas adenoquisticos o mucoepidermoides.
- Aparece como una protuberancia indolora textura firme.
- En fases posteriores se produce dolor
- Parótida se afecta nervio facial produciendo parálisis facial



2. Xerostamia.

- Sensación de sequedad.
- Dificultad para hablar y deglutir.

F. Trastorno de la Lengua.

Se presentan cambios en el aspecto. Sensación. Movimiento de la lengua.

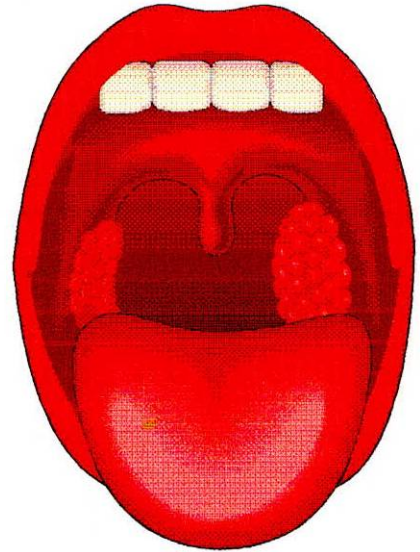
1. Glotis Atrófica.

Etiología :

- Común en pacientes con anemia macrocítica.
- Común en pacientes con deficiencia Vitamina B.

Características. Clínicas :

- Cambios leves superficiales limitados.



2. Lengua Surcada.

- Surco se forma continuamente.
- Higiene oral pobre.
- Reducción fluido salival.
- La queratina se acumula en la superficie de las papilas filiformes acumulando desechos, bacterias y colorantes.

3. Lengua Fisurada.

- Es una glositis de larga duración.
- Grietas profundas.
- Zonas adyacentes a la lengua presentan inflamación.

4. Glosopirosis.

- Sensación de quemazón en la lengua.
- Irritación local, deficiencias nutritivas
- Factor predisponente : (Diabetes, Anemia perniciosa).

5. Movimiento anormal de la lengua.

Etiología :

- Temblor de la lengua revelado por signos neurológicos; (Sind. Parkinson).
- Aparece un temblor de la lengua (alcoholismo crónico).



6. Lengua Urente.

- La lengua se despapila en pacientes de edad avanzada; comienza por la punta y los bordes laterales.
- Ardor persistente asociado a: Anemia Perniciosa.

Síndrome de Addison.

F. Cáncer de la Lengua.

- *Lesión blanca persistente, como una erosión poco profunda; como una úlcera o nódulo rojizo.*
- *Fase temprana : Puede ser indoloro.*
- *Fase posterior : Úlcera con bordes indurados.*

Dolor.

Base dura. Suelo escarificado.

- *Localización : Borde lateral de la lengua.*

2/3 anteriores de la lengua.



G. Cambios en la Mucosa Oral.

Características Clínicas:

- *Pérdida progresiva y adelgazamiento de la capa epitelial.*
- *Capacidad cicatrización lenta.*
- *Sensible a la influencia externa.*

1. Hiperqueratosis.

Definición: Descenso de la queratina gingival.

Sensible a la irritación mecánica y química.

Características Clínicas:

- *Placa blanca sobre la mucosa*



2. Penfigo Mucoso.

Etiología:

- *Autoinmune*
- *Predilección en mujeres postmenopausicas*

Características Clínicas:

- *Erupción ampollar (que aparece en boca, intestino y estómago.)*
- *Puede aparecer una gingivitis descamativa con periodos de cese y exacerbación.*

Tratamiento Odontológico:

- *Paliativo.(Administra anestésicos tópicos antes de la comida)*



- *Analizar dieta y factor emocional.*

3. Candidiasis Oral.

Características Clínicas:

- *Lesión blanca o roja positiva al raspamiento asociada a : mala higiene oral, estomatitis por prótesis mal adaptada.*

Tratamiento :

- *Ovulos antifungicos, vaginales disueltos en boca.*



4. Queilosis (inflamación labios)

- *Se ulceran y cambian de color*

Tratamiento :

- *Paliativo: Dosis complejo B y C.*

5. Traumas por Prótesis Mal Adaptada.

- *Causa lesiones eritematosas ulceradas hiperqueratosis o hiperplásicas.*

- Causado por: Disminución de hueso alveolar al perder función se atrofia.

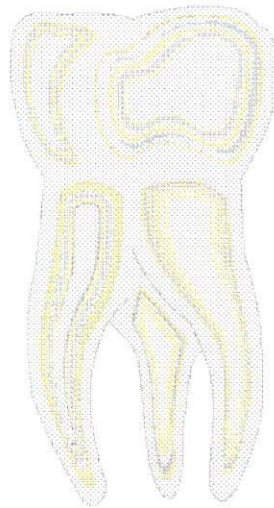
Desorden de las glándulas salivales que provocan xerostomía lo cual la mucosa pierde protección y la prótesis no se adhiere a la mucosa.

H. Desordenes Craneo-Mandibulares.

1. Pérdida hueso alveolar.

Etiología:

- Enfermedad Periodontal.
- Pérdida dientes.
- Edad.



Características Clínicas:

- Mayor en la mandíbula.
- Disminución dimensión vertical.
- Apariencia prognatismo inferior.
- Perfil cóncavo.

2. Disfunción Motora Oral.

Definición: Reducción de la función de los músculos masticadores.

Características Clínicas:

- *Riesgo de aspiración.*
- *Alteraciones en el habla.*
- *Alteraciones postura facial.*
- *Mandíbula y labios se escurren.*



3. Osteoporosis Alveolar.

Etiología:

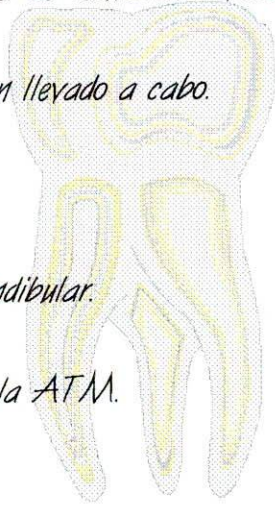
- *Pérdida de iones de calcio.*
- *Exceso de Fósforo.*
- *Bajo nivel de Flúor.*

Características Clínicas:

- *Paraplejía.*

- *Dolor.*
- *Compresión de la médula espinal.*
- *Bajo nivel de Flúor.*
- *Pérdida de hueso alveolar.*

La osteoporosis senil a nivel de reducción alveolar ha sido considerada pero muy pocas investigaciones se han llevado a cabo.



4. Articulación Temporo-mandibular.

Enfermedad Degenerativa de la ATM.

Radiográficamente:

- *Erosiones marginales (discontinuidad de la capa cortical).*
- *Esclerosis.*
- *Osteoporosis.*
- *Depósitos osteofílicos en la parte anterior de la cabeza del cóndilo.*

V. Tratamiento Odontológico en paciente senil.

El tratamiento de los problemas dentales de la persona de edad debe hacerse del mismo modo que el geriatra considera el problema de otros órganos teniendo en cuenta su conservación mejorando su calidad de vida.

En la anamnesis de la historia clínica se debe tener especial cuidado en que la persona de edad pueda oír y comprender las preguntas, tratar de ganarse la confianza del paciente ya que esto influye en el éxito de nuestro tratamiento.



A. Radiología Geriátrica.

Hallazgos Radiográficos:

- Atrofia senil estructura ósea interna.*
- Disminución del grosor y número trabéculas óseas.*
- Aumento inserción, ligamento, tendones originando exostosis.*
- Islas escleróticas.*

Radiografías más usadas:

- *Rx Panorámico.*
- *Rx Oclusal.*

B. Terapia Endodóntica.



Las personas de edad van al odontólogo en el momento en que la lesión de caries a afectado seriamente los tejidos pulpares y las regiones periapicales provocando gran inflamación y llevándolo a los tejidos a necrosis. La terapéutica endodóntica se ve afectado por problemas de nutrición, presencia de enfermedades crónicas y la edad.

A veces es imposible realizar la terapia endodóntica debido a la formación de dentina secundaria especialmente en dientes multiradicales por lo cual esto conlleva a la exodoncia de tales dientes.

La recesión gingival y la enfermedad periodontal en algunas ocasiones exponen los conductos laterales de la raíz y los forámenes accesorios. Cuando tales estructuras se reconocen la terapia profiláctica de la raíz puede evitar la inflamación de los tejidos periapicales.

C. Control de Enfermedad Periodontal.

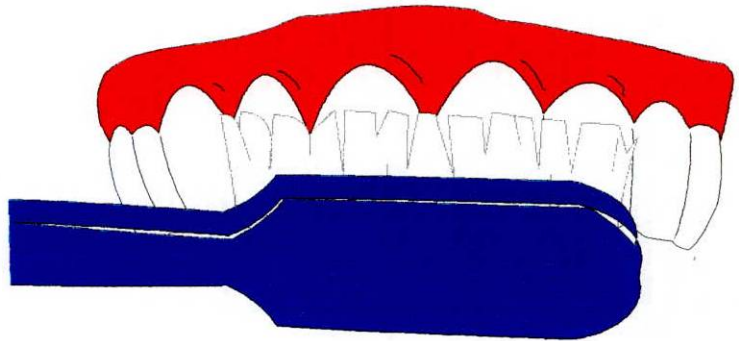


Fase I:

- Motivación Paciente.
- Raspaje Alisado Radicular.

Cirugía Gingival: Se debe tener en cuenta el estricto cuidado postoperatorio y una supervisión para establecer un régimen satisfactorio de cuidado en el hogar.

Se debe tener en cuenta la dificultad de obtener una higiene oral efectiva en personas de edad con dientes tratados y afectados periodontalmente, es necesario considerar la extracción de dientes como una terapia.



Higiene Oral.

- *Fluorización tópica: Reduce la solubilidad del diente.*
- *Factores nutrición: Dieta rica en hidrocarburos.*
- *En pacientes con limitación física o mental es importante la ayuda de un miembro de la familia o la persona encargada para mantener una higiene oral efectiva.*

D. Cirugía Oral.

Preoperatoria:

- *Explicar el procedimiento detalladamente.*
- *Tipo de dieta, seguir antecedentes de salud.*
- *Profilaxis antibiótica si es necesario.*

Procedimiento quirúrgico.

Observar los cambios degenerativos del paciente y continuar el procedimiento igual que con una persona joven.

Postoperatorio.

- *Controlar la presión arterial y el pulso.*
- *Tener en cuenta el efecto de las drogas terapéuticas que combinadas con un agente anestésico pueden afectar al paciente adversamente, muchos pacientes de edad toman drogas fuertes por ejemplo tranquilizantes, antidepresores, antidepresivos; por lo cual es necesario mantener estrecho contacto con su médico de cabecera..*



VI. Psicopatología de la Ancianidad.

La soledad atípica de las personas de la tercera edad es contribuida y algunos padecimientos psíquicos característicos del anciano y esta soledad conlleva al abandono afectivo igualmente patógeno.

A. Síntomas Psíquicos y Psicomáticos.

- *Insomnio o hipocondriosis.*
- *Depresión.*
- *Pérdida función motora.*
- *Funciones de lenguaje, motricidad y memoria, afectan los procesos de comunicación, por lo tanto incrementa el riesgo de aislamiento.*
- *Trastornos de la memoria al aumentar la edad.*
- *Deterioros psicofísicos como vértigo, mareos, temblor.*
- *Orientación temporo-espacial que dificulta la vida independiente de los ancianos.*



B. Estados Depresivos.

Debido a su estado físico deficiente, menor apoyo social, dificultades y limitaciones mentales y físicas propias de la edad son de peor pronóstico los estados depresivos que en los jóvenes.

Algunos ancianos sufren síntomas somáticos de origen depresivo que también suele ser identificados como deterioro físico de la edad y las pérdidas afectivas que acontecen en la vejez generalmente desencadenadas por problemas psicosociales como el fallecimiento de un familiar, cambio de domicilio, problemas económicos y cambios en la estructura familiar. Por lo tanto estos pacientes son resistentes a los tratamientos debido al desinterés y apatía que les impide enfrentarse a los propios síntomas.

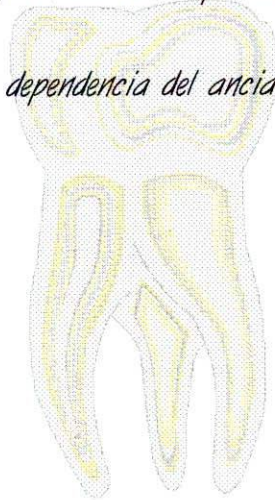
C. Insuficiencia Cerebro Senil.

Formada por un conjunto de síntomas que afectan las funciones intelectuales afectivas y conductuales de desarrollo y evolución lenta pero progresiva.



Inicialmente aparecen trastornos de memoria, dificultades de concentración, disminución de alerta o rapidez de reacción, irritabilidad, ansiedad, depresión, mareos, trastornos del sueño y labilidad del estado de ánimo.

A pesar de la edad se tornan crónicos los síntomas y se ven acompañados de confusión, desorientación, dificultad de expresión, abandono de sus cuidados personales; lo cual lleva a la dependencia del anciano de otras personas y una vez más se ve en soledad.



D. Enfermedad de Alzheimer.

Descrita por Alois Alzheimer en 1907.

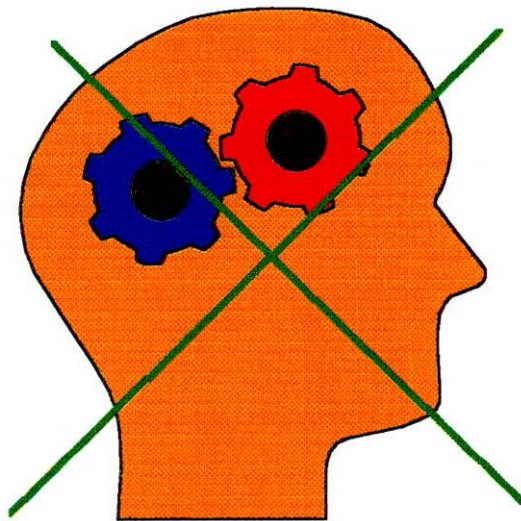
Definición: Enfermedad degenerativa que destruye y desaparece las neuronas en la corteza cerebral.

Etiología: Desconocida.

Características Clínicas:

Habitualmente se inicia entre los 50-60 años de edad y se divide en 3 etapas:

- a) Deterioro intelectual, disminución en el razonamiento lógico, déficit de la percepción y comprensión de las cuestiones abstractas, pérdida de la memoria, equivocaciones al leer y escribir, ataques epilépticos.
- b) El paciente está profundamente deprimido, aparecen llantos y risas compulsivos, repetición de actos con una superactividad carente de propósitos, deterioro mental, parálisis facial y rigidez muscular.
- c) Paciente vegetal sumido en una profunda demencia. Degeneración de células nerviosas, el cerebro presenta atrofia general.





La enfermedad dura de 5 a 10 años.

Tratamiento:

Mantener la salud general del paciente y protegerlo de las extravagancias de su demencia progresiva, al mismo tiempo satisfacer las necesidades de dependencia y las exigencias cada vez mayores del enfermo.

E. Enfermedad de Pick.



Síndrome cerebral descrito por Pick de Praga en 1892. Caracterizado por la anatomopatología de la atrofia en las áreas asociativas.

Etiología: Hereditaria Edad 45 a 60 años + en mujeres.

Características Clínicas:

- Atrofia de lóbulos frontal y temporal.*
- Cambios en los patrones de comportamiento.*

- Pérdida de la memoria.
- Falta de espontaneidad.
- Dificultad para pensar y concentrarse.
- Paciente taciturno, indiferente.
- Presentan estados de euforia, mientras que otros son irritables y suspicaces y están deprimidos.
- Apraxia, afasia, alexia.
- Dificultad para nombrar objetos aun cuando recuerde su uso y sus propiedades.
- Al progresar la enfermedad el paciente se vuelve asténico, no abandona la cama y apenas se mueve.
- Se desarrolla incontinencia de esfínteres, desaparece capacidad de hablar y el enfermo muere en un plazo de 4 a 6 años.



IX. Aspectos Sociales de la 3ra Edad.



A. Derechos de los ancianos.

1. Derecho a la existencia física :

a) Seguridad física en tiempos de paz, de guerra o en caso de catástrofe social o natural.

- b) Mantenimiento de la salud mediante asistencia y medidas apropiadas, alojamiento y servicios de higiene, tratamiento y asistencia; así como servicios de salud, no solo curativos sino preventivos.
- c) Derecho a una vida normal y posibilidad de contacto con la naturaleza.

2. Derecho a una existencia económica :

- a) Una pensión superior a lo mínimo indispensable que le de la posibilidad de participar en la vida social y cultural.
- b) Una casa o alojamiento decente, acorde a sus necesidades.
- c) Posibilidad de desarrollar un trabajo productivo y una actividad útil



3. Derecho a una existencia social :

- a) Posibilidad de frecuentar no solo a sus familiares y parientes sino a otras personas; manteniendo relaciones positivas a fin de evitar la soledad.



b) Relaciones cordiales con todos los estratos de la sociedad, actitud acogedora por parte de las otras personas hacia los ancianos cualquiera que sea su estado físico o psicológico.

c) Presencia política eficiente. Posibilidad de colaboración en la elaboración de las leyes.

4. Derecho a una existencia cultural :

a) Libre acceso al trabajo de formación cultural

b) Libre acceso a los medios de comunicación y divulgación de noticias y cultura

c) Facultad de ejercer una actividad cultural creadora; posibilidad de transmitir a las generaciones futuras la propia experiencia y el propio ingenio.

5. Derecho de disponer de si mismo :

a) Derecho de ser exonerado de las labores (trabajo) que requieren un esfuerzo físico e intelectual superior a sus capacidades.

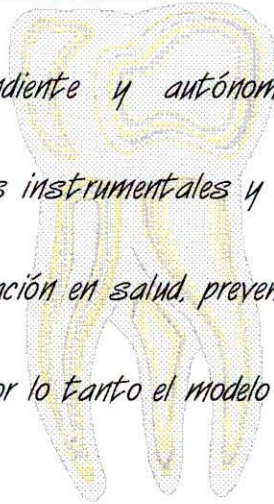
b) Libertad de formarse su propia opinión de expresarla y participar en todas las decisiones que le afecten.

c) Libertad de tener propio concepto del mundo y de organizar su propia interioridad espiritual.

B. Capacidad funcional y Modelos de atención al anciano

1. Ancianos con buena Capacidad Funcional :

Ejecutan en forma independiente y autónoma sus actividades básicas cotidianas (ABC) físicas instrumentales y avanzadas. Se pueden incluir en programas de promoción, educación en salud, prevención de enfermedades, recreación, información y capacitación. Por lo tanto el modelo de atención es ambulatorio.



2. Ancianos con deterioro de la capacidad funcional :

Ejecutan el ABC bajo supervisión o asistencia parcial. Se incluyen en programas de atención ambulatoria intermedio, residencias geriátricas, familias substitutas, hospital-día. Atención domiciliaria e institucional reciben.

3. Ancianos con pobre capacidad funcional :

Generalmente son ancianos mayores de 60 años, requieren vigilancia continua y asistencia para la ejecución del ABC físico. Están incluidos en programas de atención institucional, estancia intermedia, unidades de rehabilitación geriátrica.

C. Plan de acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento.

Objetivos :

- Concertar esfuerzos de cooperación internacional para mejorar la calidad de vida, mantener la dignidad humana y buscar la distribución equitativa de recursos.*
- Preparar para el envejecimiento, desde la juventud.*
- Detectar grupos de riesgo; vigilancia, prestación de servicios.*
- Continuar las investigaciones en todos los aspectos del envejecimiento.*

De acuerdo a lo anterior debemos tener en cuenta

- Salud*
- Nutrición*
- Vivienda*

- *Medio ambiente*
- *Familia*
- *Bienestar social*



- *Empleo*
- *Educación*
- *Seguridad de ingresos*

D. Plan para la 3ra Edad en Colombia

Encaminado hacia :

- *Disminuir el abandono e institucionalización del anciano.*
- *Disminuir la brecha de la desigualdad por discriminación de edad.*
- *Reducir la discapacidad y minusvalía del anciano institucionalizado.*
- *Modificar el comportamiento social y cultural hacia la vejez*
- *Adeuar e implementar modelos de atención al anciano para fomentar su bienestar.*
- *Propiciar la formación de recursos humanos técnico y profesional.*

E. Políticas de atención a los ancianos en América Latina Encuesta realizada para determinar las necesidades de los ancianos Década de los 80.



Conclusiones y Recomendaciones

- *Aumento de las personas ancianas incrementa significativamente la demanda de servicios.*
- *Cambios socio-económicos, influyen en la calidad de vida de los ancianos.*
- *Por la ausencia de políticas y planes de acción, se hace necesario abrir espacios políticos que permitan a este grupo tener una identidad definida.*
- *Tener en cuenta los criterios de autonomía, fragilidad postración y estado terminal.*
- *Se recomienda tener un enfoque multidimensional y una atención multidisciplinaria al anciano.*

- *Dar mayor participación al anciano y favorecer su permanencia en el seno familiar.*

Estrategias

- *Promoción de la salud*
- *Mobilización intra e intersectorial en función de áreas y objetivos comunes.*
- *Reformulación de los sistemas de seguridad social.*
- *Planeación estratégica para definir procesos diagnósticos preventivos, de participación de los propios beneficiarios de capacitación, de revalorización de los ancianos y definición de perfiles de riesgo para priorizar acciones y recursos.*
- *Reforzar aspectos gerontológicos en todos los contenidos curriculares de la enseñanza.*
- *Priorización de investigaciones: epidemiológicas, docencia en gerontología, servicios sociales y de salud y redes sociales y de salud y redes sociales informales.*

F. Problemática de la Gerontología :

1. Los problemas sociales y económicos que se originan con el progresivo aumento de la cantidad de gente mayor dentro de la población.

2. Aspectos psicológicos de la vejez y su reacción recíproca.

3. Las bases fisiológicas de la vejez y sus desviaciones patológicas y procesos morbosos.

4. Aspectos biológicos generales de la vejez en todas las especies animales..



G. Los problemas de la 3ra Edad :

1. Problemas relativos a la salud.

2. La ayuda y la acogida.

3. La residencia.

4. La sociabilidad.

5. El trabajo.

6. Las ocupaciones y el ocio.

7. Los recursos y el consumo.

H. 12 Mandamientos de Gerontología Social :

1. Es un presupuesto indispensable la existencia de un organismo central "extramunicipal" de reflexión y coordinación.
2. La aglomeración debe desglosarse en sectores sociales que puedan tener una relativa autonomía.
3. La mezcla de las edades es una necesidad absoluta.
4. Cada uno debe permanecer en su marco de vida. El ciudadano en la ciudad, el campesino en su pueblo.
5. La dedicación a una actividad es indispensable para la conservación de la salud física y mental.
6. El compromiso y la participación de las personas ancianas deben considerarse como la base de la organización gerontológica del mañana.



7. Si la vivienda individual resulta incompatible con las condiciones fisiológicas, psicológicas y económicas que engendra el envejecimiento, es preciso buscar la solución de un alojamiento con equipo colectivo próximo o integrado desde el momento en que se produce la jubilación.

8. Cuando se ha elegido una solución colectiva deben organizarse el mantenimiento del marco de vida, incluso cuando sobreviene una enfermedad o un impedimento ya que esta elección ha respondido a exigencias de seguridad.

9. El servicio hospitalario de geriatría se impone como un servicio de reinserción social.

10. Hay que mantener un lazo continuo entre los servicios que se ocupan del anciano en el hospital, en colectividad a un domicilio.

11. Una "preparación al retiro" se impone como un elemento de educación social y de formación de los espíritus.

12. Los servicios especializados deben ejercer un control de todas estas actividades de acuerdo con las direcciones de la acción sanitaria y social.



VIII. CONCLUSIONES

La importancia para la odontología geriátrica es considerarla como una parte importante del cuidado del individuo sin embargo es un servicio electivo que se deja de lado sobretodo debido a la ignorancia del usuario potencial. Esto puede deberse en parte a que la mayoría de las necesidades dentales del anciano pueden en el momento actual ser satisfechos por aparatos protésicos que cuestan menos que otras formas de odontología restauradora, sin embargo la necesidad del examen periódico de cualquier boca dentada o desdentada se debe aceptar sin reservas.



En el futuro de la odontología preventiva se podrá minimizar la deterioración física y psicológica que aparece en las últimas épocas de la vida, la prevención de la incapacidad antes de llegar a la vejez más que el evitar o posponer la muerte o tratar incapacidades ya establecidas en la vejez traerá con sigio parte de evidentes beneficios al individuo, un costo menor para la comunidad.

IX RECOMENDACIONES

1. El paciente de la Tercera Edad debe ser atendido de manera integral y multidisciplinaria para mejorar la calidad de atención.

2. Tener en cuenta al paciente de la tercera edad no como un requisito más sino como un ser humano.

3. Esperamos que el Colegio Odontológico Colombiano, nuestra Facultad de Pregrado y los mismos estudiantes -futuros profesionales- tomemos conciencia de lo importante que es atender a una persona de la tercera edad y mas aun cuando el estado no se ocupa en debida forma de la vejez no abandonar el gran potencial de pacientes que podemos descubrir, pero sobre todo tener el criterio suficiente para tratarlos como seres humanos.



X. REVISION BIBLIOGRÁFICA

1. *Gómez Montes J.F. Curcio Borrero C.L. Gómez Gómez D.E. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales 1995.*
2. *Rodríguez C. Aspectos Odontológicos en Gerontología. Año 1994.*
3. *Gandora Martín Jesús. Envejecer en Soledad. Editorial Popular 1995
(pag 31-104)*
4. *Fonseca X. Altirra M. Gerontología aspectos biosicosociales de proceso de envejecer. Editorial Barcelona 1992.*
5. *Moragas R. Gerontología Social Editorial Herder Año 1991.*
6. *La Revolución Tecnología Medicina II. Biblioteca Alcar Pag. (224 - 229).*
7. *Hernández Páramo A. Vejez Salud y alternativas de autocuidado. El Poirá Editores e Impresores S. A. Ibagué Colombia 1ra. edición 1990 Pag (9 -140).*
8. *Diccionario Enciclopédico Salvat Editores.*

9. Escobar H. Estereotipos acerca del anciano. año 1990 VI22 No. 2 Pag (253 - 263).

10. Dorino S. Actividad hacia la vejez y nivel Socio-Económico. Año 1988 VI.20 No. 2 pag. 207-216).

11. Ramirez Gonzalo. Envejecer no es deteriorarse. 1 a. Edición 1985 Pag (9 - 295)

12. Restrepo. A. Psicología Gerontológica, Año 1989. Pag. (13 231).

