

2



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PATOLOGÍA Y PRACTICAS DE SALUD
BUCODENTAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS
CASA HOGAR PARA ANCIANOS "ARTURO MUNDET"**

**T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
SUSANA ACEVEDO ARCHUNDIA**

**DIRECTOR: DR. ALFONSO RODRÍGUEZ GALVÁN
ASESOR: C. D. ALFONSO BUSTAMANTE BÁCAME**



MÉXICO, D. F.

2001

287-114



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA:

A mi mamá porque siempre a estado conmigo.

AGRADECIMIENTOS:

Ing. Alejandro Golzarri, Adrián y Javier, por su valiosa ayuda en la realización de esta tesina

"Gracias por su energía y orientación transmitida"

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. ENVEJECIMIENTO DE LA MUCOSA BUCAL	8
2.2. ALTERACIONES MÁS FRECUENTES DE LA MUCOSA BUCAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO	11
2.2.1. CÁNDIDA ALBICANS	12
2.2.2. VÁRICES LINGUALES	13
2.2.3. LENGUA FISURADA	13
2.2.4. HIPERPLASIA PAPILAR	14
2.2.5. ÚLCERAS TRAUMÁTICAS	15
2.2.6. HIPERPLASIA MARGINAL	16
2.2.7. QUEILITIS ANGULAR	17
2.2.8. HIPERPLASIA FIBROSA	18
2.3. LIMPIEZA DE LA BOCA EN PACIENTES CON PRÓTESIS PARCIALES O TOTALES	19
3. ANTECEDENTES	21
3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA	21
3.2. HISTORIA DE LA ASISTENCIA GERONTOLÓGICO EN MÉXICO	23
4. SITUACIÓN GEOGRÁFICA	27
5. PLANTEAMIENTO	28
6. JUSTIFICACIÓN	29
7. OBJETIVOS	32
7.1. OBJETIVOS A MEDIANO O LARGO PLAZO	32
7.2. OBJETIVOS A CORTO PLAZO	32
8. HIPÓTESIS	32

8.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO	32
8.2. HIPÓTESIS ALTERNA	32
8.3. HIPÓTESIS NULA	32
9. MATERIAL	33
10. MÉTODO	34
11. POBLACIÓN DE ESTUDIO	35
11.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN	36
11.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN	36
12. RESULTADOS	37
13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	44
14. BIBLIOGRAFÍA	45

1. INTRODUCCIÓN

Los grupos de edad más afectados por los padecimientos infecciosos corresponden a los extremos de la vida en particular los menores de cinco años y mayores a 65 años.

Reconociendo lo antes dicho, debemos reflexionar acerca de la importancia que para el cirujano dentista de práctica general o especializada tiene, la Odontogeriatría o Estomatología geriátrica, debido a que las enfermedades dentales y bucales son una condición crónica que afecta a la mayoría de los ancianos

Las prótesis acumulan placa bacteriana de diferentes grados en diversas personas, algunos ancianos cuidan y conservan sus prótesis en mejor estado que otros. Los ancianos en ocasiones no son capaces de conservar la higiene adecuada de sus dentaduras, ya que no comprenden qué método de limpieza deben 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.

En general, con la edad avanzada se producen cambios a nivel de la boca. El esmalte de los dientes se desgasta y la dentina se modifica, lo que tiene como consecuencia el color amarillo de los dientes. La superficie de los dientes está gastada por el uso prolongado. Las encías se retraen dejando al aire la raíz del diente. Disminuye el número de células gustativas, con lo que el sentido del gusto se ve alterado. Debido a la degeneración del epitelio que recubre las glándulas, la secreción salival está reducida, y la saliva se hace más mucosa y espesa.

Las estructuras periodontales (las encías, hueso alveolar, membrana periodontal y cemento) sufren isquemia y cambios fibróticos. Los osteoblastos no son tan activos, con lo que tardan más tiempo en reparar el

desgaste diario. La consecuencia de que las estructuras periodontales se atrofién y degeneren es la pérdida de los dientes.

En los ancianos es común que la caries se forme por debajo de la placa, pero su formación es muy lenta y aumentan las infecciones por *Candida albicans*.

Los pacientes deben estar convencidos de la importancia de mantener una buena higiene para la salud de la cavidad bucal. La placa, pigmentos y cálculos se acumulan en las dentaduras artificiales y en la mucosa bucal de los pacientes edéntulos en una manera similar a como lo hacen en las bocas de pacientes dentados. La placa dentobacteriana es un factor etiológico en la estomatitis por prótesis, hiperplasia papilar, candidiasis crónica, halitosis, etc.

2. MARCO TEÓRICO

Aunque hoy existe un grupo de profesionales, sociedades, asociaciones y programas que participan en el cuidado de la salud del anciano, hasta hace poco tiempo era mínima o nula la atención a las necesidades dentales de los pacientes de la tercera edad. Sólo ahora los expertos y los profesionales comienzan a prestar atención a la enseñanza, educación y capacitación en odontología geriátrica

Se citan dos problemas principales como barreras causales en la atención dental preventiva y de rehabilitación para el anciano. El primero es la actitud de los propios ancianos hacia la enfermedad dental; tienden a creer que se debe esperar una deficiente salud bucal con el envejecimiento y que nada puede hacerse. En consecuencia, no buscan el cuidado dental preventivo y de restauración tanto como los individuos jóvenes. Esto es cierto incluso cuando se ofrece atención a bajo costo o gratuita. En encuestas relacionadas específicamente con la salud bucal, los ancianos afirman con frecuencia que no buscan atención odontológica porque no creen requerirla.

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 potenciales de nutrición que muchas ocasiones ocurren por la limitada o nula habilidad masticatoria. Esto es importante en especial por la gran cantidad de ancianos edéntulos que no tienen o no usan prótesis totales.

La segunda barrera para la atención dental de prevención y rehabilitación en el anciano es la actitud de algunos dentistas que creen que el anciano es poco apto para la rehabilitación dental y el tratamiento preventivo. La causa principal de estas actitudes es una falta de

comprensión sobre la naturaleza y los procesos del envejecimiento humano y su relación con la salud bucal. Se exacerban más estas situaciones por la incapacidad del profesional para comunicarse adecuadamente con personas mayores y para comprender las circunstancias socioeconómicas de esa gente.

Una mejoría en los niveles socioeconómicos, educacional, y médico de las personas senectas en general a través de los siguientes decenios, 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 es imperativo asegurarse de:

1. Continuar y expandir la investigación sobre el envejecimiento, en general y en particular cómo se vincula con la salud de la boca.
2. Fomentar la capacitación sobre salud bucal dirigida a los ciudadanos viejos, 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. Permitirles el acceso a la atención dental, eliminando obstáculos físicos, y llevando el tratamiento odontológico a la persona recluida en su hogar o en una institución.

Estos programas e iniciativas son el primer esfuerzo en un área abandonada durante mucho tiempo. Pueden ser un cimiento sobre el cual edificar un sistema completo de atención para la salud de una población adulta mayor en rápida expansión.

La odontología geriátrica no es un campo nuevo. Definirla en sus términos más generales como la atención y tratamientos dentales del anciano, la práctica de odontología tiene cientos de años. Por lo regular, las técnicas usadas en el tratamiento del anciano sólo varían un poco de las empleadas con cualquier adulto. Con todo, se percibe obviamente que el

campo de la odontología geriátrica es mucho mas vasto de lo que se pensaría.

La gerontología se encarga del estudio de la vejez y de las cualidades y fenómenos propios de ella, además de proporcionarle una buena calidad de vida al anciano. En tanto la geriatria es una rama de la medicina que se encarga de estudiar las enfermedades propias de la vejez, así como de su tratamiento.

Para comprender mejor estos términos debemos entender que el envejecimiento es un proceso dado por un conjunto de cambios, que se asocian al paso del tiempo, que dan como resultado una capacidad cada vez menor de adaptación, a los retos de la vida.

Entonces la Gerodontología es el estudio de los cambios producidos por la edad en los tejidos dentarios. El término gerodontología proviene del griego: *gero*, viejo; *odontos*, diente, y *logos*; tratado o estudio.

2.1. ENVEJECIMIENTO DE LA MUCOSA BUCAL

El proceso de envejecimiento produce en los tejidos una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos que son particularmente evidentes en la piel, la cual se observa seca y muestra entre otras manifestaciones, una notable modificación en su grosor, así como la presencia de arrugas, manchas (telangiectasias). Cambios semejantes ocurren en la mucosa oral, la cual se vuelve más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

El epitelio escamoso de la mucosa oral forma una superficie continua que protege a los tejidos adyacentes de la cavidad bucal, la cual funciona como barrera mecánica. Esta protección depende de su queratinización y de

su capacidad para descamar las células epiteliales. El epitelio del surco gingival no está queratinizado y se compone de unas cuantas capas celulares. Sin embargo, el surco se "limpia" por sí mismo, ya que se renueva considerablemente más rápido que el epitelio bucal.

La mucosa oral sana tiene efecto inhibitor sobre los microorganismos no naturales que entran en la boca. Además, retarda la proliferación e invasión de miembros de la flora natural.

Los movimientos de masticación y deglución mantienen las partículas de alimentos y a los agrupamientos bacterianos en movimiento, y por medio del flujo de la saliva son llevados hacia atrás para ser deglutidos mediante la acción de succión en la cual participan la lengua, los labios, los carrillos y el paladar.

El epitelio y su cubierta mucosa, sumados al efecto irrigador de la saliva, el movimiento de la lengua, los labios y los carrillos, junto con la masticación, deglución y expectoración ayudan a desplazar a los microorganismos y regular, dentro de ciertos límites, a las poblaciones microbianas de la cavidad bucal.

De acuerdo con Squier y colaboradores, los cambios más significativos que se producen en el nivel microscópico en la mucosa oral del anciano incluyen:

- a) Atrofia del epitelio superficial, principalmente en el nivel del dorso de la lengua.
- b) Incremento en la queratinización.
- c) Aplanamiento de la unión entre el epitelio y el tejido conectivo.
- d) Disminución en el número de células y degeneraciones de las fibras del tejido conectivo.
- e) Agrandamiento varicoso de las venas del vientre de la lengua.
- f) Aumento de la cantidad de glándulas sebáceas (puntos de Fordyce).
- g) Atrofia progresiva de las glándulas salivales menores.

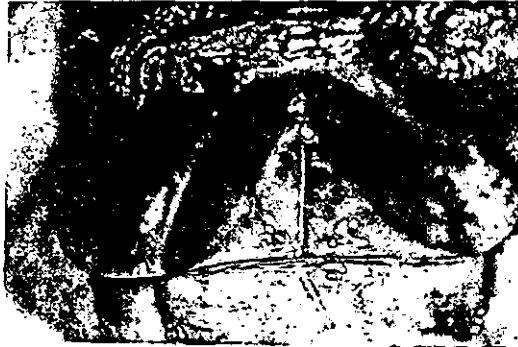
- h) Disminución en el número y la densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, especialmente en encía y lengua, en donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos.

Esta serie de modificaciones es, al menos parcialmente, la causante de la sensación de ardor, pérdida del gusto y problemas de adaptación a las dentaduras, completas que requieren con cierta frecuencia los pacientes de edad avanzada.

Es difícil establecer hasta qué punto las alteraciones mencionadas son resultado del envejecimiento y no de los cambios producidos a consecuencia de trastornos sistémicos frecuentes durante esta etapa de la vida, como los relativos a modificaciones en el aporte vascular, nutrición y actividad hormonal.

Por otra parte, a partir de la sexta década de la vida se incrementa notablemente la incidencia de padecimientos neoplásicos y otros trastornos que afectan considerablemente las funciones de la cavidad bucal, por lo que resulta importante conocer la prevalencia de entidades patológicas y no patológicas en la mucosa oral del anciano.





En el estudio estomatológico y prostodóntico de los tejidos blandos de la boca del anciano debe tenerse en cuenta que éstos presentan cambios asociados con la edad; y que existe una mayor susceptibilidad al desarrollo de neoplasias y otras enfermedades degenerativas y lesiones blancas cancerígenas.

2.2. ALTERACIONES MÁS FRECUENTES EN LA MUCOSA BUCAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Los trastornos que se describen a continuación son los más frecuentes y cuya aparición debe considerarse trascendente.

2.2.1. CÁNDIDA ALBICANS

La cándida o moniliasis es un género de hongos microscópicos que se comportan en clínica como patógenos facultativos. Con frecuencia conviven a manera de saprófitos en un organismo sano que los hospeda en sus cavidades naturales (boca, intestino, genitales). La *Cándida albicans* es un componente normal de la flora bucal, que habitualmente no produce manifestaciones clínicas; sin embargo, en determinadas circunstancias esta tolerancia recíproca se altera y es capaz de producir sintomatología. Así ocurre en situaciones caquéticas, de malnutrición, de menor resistencia a las infecciones como en el caso de diabetes, pero sobre todo después de terapéuticas antibióticas prolongadas, se establece una predominancia de los organismos moniliásicos, que provoca una rápida coloración en forma de revestimiento blanquecino, caseoso, sobre áreas eritematosas y afecta amplias superficies de la mucosa oral.



La *cándida* es el agente causal de la candidiasis o moniliasis. Aunque esta enfermedad era conocida desde Hipócrates, fueron Berguer (1842), Gruby y Bogel (1848), quienes descubrieron que el agente causal es un hongo. Diez años después, Ch. Robin lo identificó con el nombre de *Oidium albicans*.

2.2.2. VÁRICES LINGUALES

Son venas tortuosas dilatadas, cuyo desarrollo está sujeto al aumento de la presión hidrostática, con disminución de la resistencia de sus paredes, de color azul rojizo y con escaso tejido de soporte.

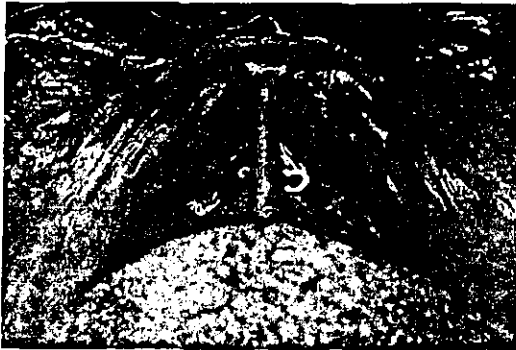


2.2.3. LENGUA FISURADA

Se considera como lengua fisurada aquella en la que existen fisuras profundas que se extienden hasta la punta o bordes laterales de la lengua.

Esta lesión es importante porque puede asociarse con lengua geográfica, se le ha observado en casos donde el paciente presenta la boca seca y es de etiología variada.

Algunos registran la prevalencia de esta condición en distintos grupos étnicos de todas las edades. Las diferencias registradas en relación con la edad sugieren que esta lesión puede obedecer a causas distintas de las congénitas, y entre otras posibilidades se han mencionado: carencia nutricional, trauma crónico, deshidratación y trastornos endocrinos.



2.2.4. HIPERPLASIA PAPILAR

También llamada papilomatosis, es una lesión que se localiza básicamente en la mucosa del paladar duro en personas portadoras de dentaduras completas superiores. Hay datos significativos respecto de que permanecer con la prótesis en la boca durante la noche aumenta el riesgo de estas afecciones, que son más frecuentes en el sexo femenino.

La hiperplasia papilar consiste en una proliferación del epitelio con numerosos papilomas concéntricos, fué Fisher en 1952 quien la definió tal

como se le conoce en la actualidad "una lesión inflamatoria benigna causada por la irritación mecánica de prótesis desadaptadas y otros factores desconocidos".

Como factores etiológicos causales pueden considerarse los siguientes:

- a) Prótesis totales superiores desadaptadas.
- b) Su uso durante largos periodos sin descanso para la mucosa.
- c) Limpieza protésica y bucal deficiente.
- d) Disminución de la secreción salival.
- e) Factores predisponentes locales y generales.



2.2.5. ÚLCERAS TRAUMÁTICAS

Estas lesiones ocasionadas por prótesis y bordes dentarios cortantes son frecuentes en la práctica diaria. Se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que produce la agresión; después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes

enrojecidos y agrandados, muy dolorosa. Esta es la úlcera aguda típica producida por una prótesis total recién colocada. Como la sintomatología es aguda y el paciente se encuentra aún en la etapa de adaptación, el problema se resuelve en pocos días con un desgaste o ajuste ligero en la prótesis.

En lo que concierne a lesiones traumáticas no producidas por bordes defectuosos de prótesis, están las ocasionadas por bordes cortantes de dientes artificiales fracturados o causada por tártaro dentario.



2.2.6. HIPERPLASIA MARGINAL

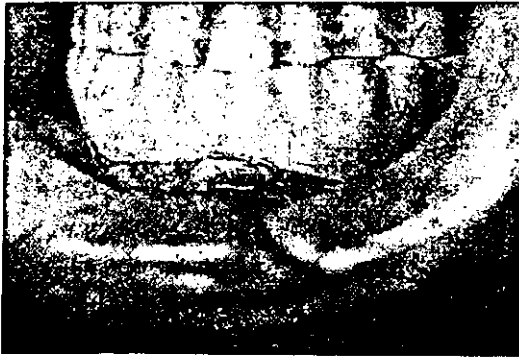
Esta lesión gingival es generalmente sintomática y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobreextendidos o desadaptados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por resorción del borde óseo-alveolar.

El epitelio del fondo vestibular reacciona a la irritación produciendo tejido hiperplásico de reparación, el cual ocasiona una serie de pliegues ulcerosos parecidos a las hojas de un libro o doble labio. El tejido prolifera en

la zona del surco entre el contorno periférico de la prótesis y la mucosa vestibular, interfiriendo con la extensión de los bordes, reteniendo residuos alimenticios y alojando a los microorganismos.

El borde periférico de la dentadura inmediata o en desajuste prolongado ejerce así presión sobre la mucosa del vestíbulo y causa su hiperplasia marginal.

En la hiperplasia marginal se han observado dos formas típicas: la fibromatosa y la papilomatosa. Al parecer la patogenia de ambas depende de la rapidez de su evolución.



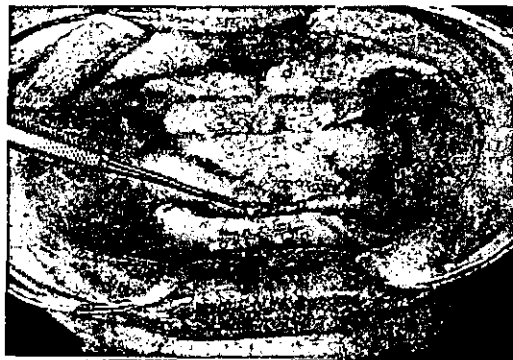
2.2.7. QUEILITIS ANGULAR

Con el término genérico queilitis angular se acostumbra aglutinar una serie de manifestaciones inflamatorias, erosivas, ulcerosas y costrosas situadas en los ángulos de la boca. La causa de dichas lesiones se ha atribuido, a múltiples factores: enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis completas inadecuadas o estímulos irritativos locales; y las de origen alérgico a fármacos, a cosméticos, a acrílicos, etc. Y con frecuencia se ha observado una disminución de riboflavina, xerostomía y, en gran número de casos, una sobreinfección por *Candida*.



2.2.8. HIPERPLASIA FIBROSA

Esta afección es consecuencia de la resorción del reborde residual ante una dentadura completa desajustada debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada. Comúnmente, cada prótesis total superior que articula contra pocos antagonistas anteriores inferiores naturales provoca atrofia ósea con hiperplasia fibrosa en la porción anterior del reborde edéntulo o cubriendo el borde mandibular atrófico en "filo de cuchillo"..



2.3. LIMPIEZA DE LA BOCA EN PACIENTES CON PRÓTESIS PARCIALES O TOTALES

Muchos pacientes salen del consultorio dental carentes de información con respecto a la forma de cuidar sus prótesis parciales o totales. Muchos de ellos aprenden a limpiar sus prótesis de los anuncios comerciales. La profesión dental debe hacer recomendaciones específicas de cómo cuidar y limpiar las prótesis bucales.

Las instrucciones que se deben de dar a los pacientes son las siguientes:

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

Una vez por semana se les dejará por la noche en un vaso con agua que contenga una cucharadita de hipoclorito de sodio.

Se recomienda usar un cepillo blando para limpiar diariamente las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal, de la lengua. Este procedimiento proporciona estimulación para una mayor circulación y elimina los residuos que podrían causar la irritación de la mucosa y los malos olores.

Se le indicará al paciente quitar las prótesis por las noches para proveer el descanso necesario de las cargas que éstas trasladen a los tejidos de la superficie de soporte, ya que puede ser un factor contribuyente para la iniciación de lesiones bucales graves, tales como la hiperplasia papilar o proporcionar la exacerbación de infecciones como la candidiasis.

Cuando las dentaduras se dejan fuera de la boca es conveniente colocarlas en un recipiente de agua fría para evitar que se deshidraten y se produzcan posibles cambios dimensionales del material polimerizado de resina acrílica.

3. ANTECEDENTES

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

No es raro encontrar individuos de 70 y 80 años haciendo las mismas cosas que gente de 10 ó 20 años más joven, quizá un poco más despacio. Es bastante frecuente considerar como a los internos en las instituciones de asistencia. Si bien es cierto que los riesgos de enfermedad e incapacidad aumentan con la edad, para muchos ancianos estos problemas no son necesariamente incapacitantes.

La mayoría de los viejos viven dentro de la comunidad en forma bastante independiente.

A pesar de que la mayoría de los ancianos vive en la comunidad, los recursos que se otorgan a programas de salud para la prevención y apoyo a los ancianos, son muy pequeños.

El carácter de cada anciano en gran parte se ha forjado por las influencias del medio en que ha vivido a través de su existencia. Junto con los acontecimientos sociales, políticos y económicos y los avances tecnológicos que han ocurrido desde 1900 hasta la actualidad, se deben considerar también los momentos difíciles por los que tuvo que pasar, una niñez y adolescencia posrevolucionaria, el desempleo, la lucha por formar una familia, etc.. Esta información nos ayudará a comprender y prever la conducta de las personas de 65 años en adelante.

A principio de 1900 prevalecían con un mayor arraigo los valores familiares y las normas de la época de Porfirio Díaz, las actitudes políticas conservadoras y la moral de la religión católica. Los hijos eran más obedientes y respetuosos con sus mayores., ya que eran los hombres los que mantenían a toda la familia, aportando comida, vestido y vivienda.

Los avances tecnológicos de los últimos 70 años han sido numerosos y variados. Entre ellos se incluyen el automóvil, el aeroplano y los vuelos espaciales; la vida en los hogares ha cambiado por la luz eléctrica y los aparatos domésticos; teléfono, televisión, radio y horno de microondas solo por mencionar unos cuantos.

Las mujeres nacidas en la década de los 20s ó 30s desempeñaron papeles de madre y esposa. Aprendieron de sus propias madres a coser, cocinar, cuidar de los niños, etc. Las mujeres de esa época se vieron sometidas a muchos sufrimientos, dependían primero de sus padres, para luego al contraer matrimonio depender del marido, carecían de garantías y su opinión rara vez podía contar para algo.

En la actualidad la esperanza de vida ha aumentado a un promedio de 70 años aproximadamente para los hombres, mientras que para las mujeres esta cifra aumenta ya que la población anciana es en su mayoría mujeres.

Entre 1920 y 1930 la educación de los hijos no era muy apreciada como lo es en la actualidad, muchos de los que fueron padres en aquella época llegaron a la ciudad de México procedentes de los estados de la república, con la esperanza de encontrar trabajo que normalmente no necesitaba de estudios. Además a los hijos se les ponía a trabajar desde adolescentes para que ayudarán con el gasto de la familia.

Si la familia tenía que elegir cuál de los hijos debía estudiar, seguramente optarían por los varones antes que pensar en las mujeres. El futuro de las muchachas era casarse y tener familia, para lo cual no se consideraba necesario la educación formal. A causa de estas actitudes no es sorprendente que algunas personas con 65 años o más sean analfabetas, o en el mejor de los casos con uno o dos años de primara cursados.

Todo lo anterior nos ilustra de cierta manera por lo que ha pasado un anciano, es decir, cuando nos referimos a los ancianos pensamos inmediatamente que son muy agresivos, enojones o de plano los tratamos como débiles mentales, pero se nos olvida que son personas a las que les

toco vivir otro momento histórico, muy diferente al nuestro, este pensamiento nos debe hacer reflexionar en ser más pacientes y comprensivos cuando atendemos a una persona de la tercera edad.

3.2. HISTORIA DE LA ASISTENCIA GERONTOLÓGICA EN MÉXICO.

El desarrollo de la gerontología en nuestro país es aún muy reciente si se considera que existen antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861, año en que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México.

En 1950 el Dr. Manuel Payno, asesor médico gerontológico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, inició un movimiento para el desarrollo de dicha especialidad. Se le considera uno de los pioneros de la Asociación Internacional de Gerontología.

Este desinterés de parte de los profesionales de la gerontología provocó un retraso durante los 20 años siguientes, sin que se haya realizado ningún tipo de publicación, congreso o actividad académica o educacional.

Cabe destacar que durante este mismo periodo México avanzó en otros campos de la medicina, al grado de constituirse en líder de Latinoamérica en las especialidades de cardiología, pediatría, nutrición, ortopedia y neurología.

La importancia de la gerontología en México se ha elevado gracias a los programas de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, a. c. (GEMAC) fundada en mayo de 1977; más de 2000 profesionales médicos, psicólogos, odontólogos, abogados, enfermeras y estudiantes han participado en sus cursos cortos, de una a cuatro semanas de duración, titulados "Introducción a la Gerontología"

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 un Curso Internacional de Gerontología. El 22 de agosto de 1979 se publico en el Diario Oficial de la Federación el decreto presidencial por el cual se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). En el propio decreto se señalan los objetivos del mismo: atender, ayudar, orientar y proteger a la vejez mexicana, y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas.

Se abrieron albergues (los llamaron albergues y no asilos porque el termino deprime), centros gerontológico, clubes de la tercera edad (con más de un millón de afiliados), Procuraduría de la Defensa del Anciano, Bolsa de Trabajo, el Club de Ecología, el Departamento Deportivo, el Voluntariado y los Cursos de Preparación al Retiro.

Posteriormente se han fundado varias asociaciones, grupos y 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.

En noviembre de 1980 se celebraron en la ciudad de México el Segundo Congreso Nacional de Gerontología y Geriatria, las Primeras Jornadas Latinoamericanas en Gerontología y el Primer Curso Internacional de Geriatria; 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 Geriatria y un Foro Internacional de la Asamblea Mundial del Envejecimiento.

En ese mismo año se presentó un programa a las autoridades de la División de Estudios de Postgrado y el Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la propuesta de especialización en gerontología y geriatria.

En 1983 se crea en México el Consejo Mexicano de Geriátria, y es en 1985 cuando por primera vez una Institución de educación superior como el Instituto Politécnico Nacional (I.P.N.) se preocupa por formar los primeros geriatras mexicanos y crea la maestría en ciencias con especialidad en geriatría.

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

Las instituciones docentes que forman a los profesionistas dedicados a la atención de la salud a población de edad avanzada en México en sus diferentes niveles técnicos, profesionistas de pregrado y postgrado están en aumento, pero la demanda real requiere un mayor número de profesionistas. A lo anterior, se añade la falta de supervisión a estas instituciones, pues en algunos de los casos se desconocen sus programas académicos y la forma de aplicarlos.

Para el nivel técnico se imparten especialidades como el curso postécnico de enfermería en geriatría y gerontología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP-Zaragoza) y la de gericultista en el Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios No. 10 (CETIS).

La atención al bienestar de la población envejecida se encamina a satisfacer sus necesidades básicas de seguridad y bienestar social, económicas y de salud. Para que esto se lleve a cabo, es necesario que las instituciones que proporcionan seguridad social a la población de la tercera edad, a saber: las instituciones que proporcionan seguridad social a sus derechohabientes, como el IMSS, el ISSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), y las que atienden a los no derechohabientes como la Secretaría de Salud y el INSEN, y las privadas, como la Junta de Asistencia Privada (JAP), las organizaciones no gubernamentales (ONG), los grupos autogestivos, entre otros.

Las primeras Instituciones que se encargaron de la atención de los ancianos en nuestro país, igual que en otras partes del mundo, fueron los asilos. En un principio estos estuvieron a cargo de las religiosas, que con fines caritativos se encargaban del pobre, del desprotegido y del inválido. Hasta la fecha la mayoría de estas Instituciones carecen de un programa formal, y su labor fundamental ha sido la de cuidar a los ancianos.

El DIF es un organismo público que, conforme a un decreto orgánico del 20 de diciembre de 1982, debe ser el eje fundamental de todos los programas de asistencia social; incluye todos aquellos programas clasificados como de asistencia pública y privada, bajo la coordinación de la Secretaria de Salud. Dentro de los nueve programas con los que cuenta el DIF, las personas ancianas participan en los de asistencia social a desamparados, en el de rehabilitación, en el de asistencia social alimentaria, en el programa de promoción del desarrollo comunitario y en el de asistencia Jurídica. Para los ancianos más desprotegidos cuenta con las Casas Hogar. Estos servicios para la población de edad avanzada se ha extendido a la comunidad a través del programa de consejos de ancianos.

Actualmente cuenta con 37 Casas Hogar para Ancianos Desprotegidos; cuatro de ellas están en el Distrito Federal y 33 en los estados. En dichas casas se les proporciona atención integral, con los servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actitudes culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.

5. PLANTEAMIENTO

Con el envejecimiento las mucosas, lengua y estructuras dentales de la cavidad bucal tienden a atrofiarse progresivamente, favoreciendo la pérdida de órganos dentarios así como la aparición de numerosos procesos infecciosos o degenerativos.

En esta etapa de la vida, la patología de la cavidad bucal esta representada en particular, por infecciones, irritaciones, inflamaciones, tumores, etc.

Un común denominador etiopatogénico de todas estas alteraciones es la falta de limpieza bucal, por lo tanto esta debe ser enseñada correctamente o reforzada de forma sistemática a todos los ancianos, además de instruir en la correcta manipulación, uso y limpieza de las prótesis dentales.

6. JUSTIFICACIÓN

Las instituciones que proporcionan atención al anciano tienen por objeto que los ancianos disfruten lo mejor que se pueda de una funcionalidad y calidad de vida para que se retrase la muerte cuanto sea posible.

La salud de las personas ancianas, al igual que la del resto de la población, solo se podrá mantener y desarrollar si se ejercen acciones vinculadas con los sectores responsables de la seguridad y asistencia social.

El aumento de la población de la tercera edad va creando la necesidad de una mayor demanda de atención especializada, concretamente a esta área de la salud. La formación de personal que conozca el proceso del envejecimiento de las personas ancianas, así como de los aspectos necesarios para la prevención y la óptima funcionalidad y rehabilitación es una necesidad fundamental, además de odontólogos preparados para atender satisfactoriamente en un ámbito integral al anciano formando un equipo multidisciplinario junto con otras áreas de la salud.

Debe hacerse hincapié en la importancia que tiene la atención primaria, porque constituye el pilar de todos los servicios de atención sanitaria y permite prevenir, detectar tempranamente y dar tratamiento oportuno a las enfermedades.

Por lo anterior, las condiciones de salud de las personas ancianas, la disponibilidad y adecuación de los servicios y la capacidad de los recursos humanos son factores que requieren ser investigados y apoyados plenamente.

La boca es el monitor inicial del sistema digestivo y se encuentra además íntimamente relacionada con las funciones del lenguaje, identificar los sabores, paso del aire y deglución de los alimentos; de manera que las enfermedades que la afectan pueden exacerbar diferencias nutricionales, contribuir a los trastornos metabólicos, desempeñar un papel oculto en la

génesis de las depresiones y contribuir significativamente al deterioro progresivo y a la caquexia.

El envejecimiento poblacional tiene un significado particular para el sector salud, ya que los ancianos en general son personas que suelen dar muestras de mayor deterioro funcional a todos los niveles, que más se agravan cuando padecen más de una enfermedad crónica degenerativa. Tal deterioro aumenta su fragilidad por lo que se deduce que una de las mayores necesidades de la población de 65 años y más es la atención a la salud.

En años recientes, el cuidado geriátrico se ha enfocado hacia la evaluación global, la prevención de discapacidades y la protección de la independencia. El objetivo es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas del deterioro antes de que éste ocurra o sea irreversible.

La cavidad bucal refleja el estado general del organismo y en ocasiones muestra signos característicos que pueden guiar al clínico experimentado a modificar un método terapéutico. Esto es particularmente cierto en caso de los tratamientos farmacológicos en el anciano. El término geriatría sólo se refiere a la vejez, y esta se da desde el momento mismo de la concepción, pero para fines de esta tesina la señalaremos a partir de los 65 años. Una vez determinada la edad, el siguiente objetivo importante es establecer con exactitud cuáles manifestaciones bucales se deben al solo proceso de envejecimiento; cuales son consecuencia del estado nutricional; cuales suceden por patología sistémica; y cuales por un tratamiento farmacológica. Esto no resulta nada fácil pues hay que determinar una historia clínica completa, determinar cuáles medicamentos esta tomando, aquí debemos de recordar que generalmente el anciano toma de mínimo 10 o más medicamentos al día, estos son para las diferentes afecciones que padece.

El siguiente problema consiste en definir con exactitud qué se considera normal en este grupo de edad. No es totalmente claro que sucede por el proceso natural de maduración. Algunos de los ejemplos del

envejecimiento en la cavidad bucal son la atrofia de la mucosa y de la musculatura de la boca. Del mismo modo, también se sabe que una menor capacidad sensorial gustativa forma parte del envejecimiento normal. El estado nutricional puede reflejarse de modo primario en la boca, o en la cavidad bucal puede tener una importante función para evaluar la situación nutricional del anciano. La diversidad de signos bucales normales en el viejo puede variar desde marcadas várices sublinguales hasta prominentes fisuras labiales verticales aparte de la atrofia generalizada de la mucosa y la musculatura citada. No puede afirmarse, con certeza, cuáles serán los hallazgos físicos esperados, por la diversidad de los sistemas biológicos. Toda la gente conoce o ha visto a personas de 85 años de edad activas y productivas en su comunidad. Del mismo modo, por lo general es posible recordar al individuo invalido de 65 años.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVOS A MEDIANO O LARGO PLAZO

Identificar el o los problemas buco dentales más frecuentes en ancianos.

7.2. OBJETIVO A CORTO PLAZO.

Identificar las técnicas de limpieza que utilizan habitualmente.

8. HIPÓTESIS

8.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Los ancianos que no manejan o desconocen las técnicas de cuidado bucodental, presentan alguna alteración o manifestación patológica en la boca.

8.2. HIPÓTESIS ALTERNA:

Los ancianos que no utilizan técnicas correctas de higiene bucodental, tienen la posibilidad de presentar alguna patología infecciosa.

8.3. HIPÓTESIS NULA:

Los ancianos que manejan perfectamente las técnicas de cuidado bucodental, no presentan ninguna patología bucal.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVOS A MEDIANO O LARGO PLAZO

Identificar el o los problemas buco dentales más frecuentes en ancianos.

7.2. OBJETIVO A CORTO PLAZO.

Identificar las técnicas de limpieza que utilizan habitualmente.

8. HIPÓTESIS

8.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Los ancianos que no manejan o desconocen las técnicas de cuidado bucodental, presentan alguna alteración o manifestación patológica en la boca.

8.2. HIPÓTESIS ALTERNA:

Los ancianos que no utilizan técnicas correctas de higiene bucodental, tienen la posibilidad de presentar alguna patología infecciosa.

8.3. HIPÓTESIS NULA:

Los ancianos que manejan perfectamente las técnicas de cuidado bucodental, no presentan ninguna patología bucal.

9. MATERIAL

Los recursos necesarios indispensables que conforman el material del proyecto de investigación en formación; requiere características cualitativas y cuantitativas específicas. De tal manera que necesitaremos recursos humanos y físicos, también se necesitarán varios productos como: equipo dental, equipo fotográfico, equipo de computo, papelería, etc.

Estos elementos antes mencionados nos auxiliarán con nuestro problema de investigación que se realizara en la casa hogar para ancianos Arturo Mundet.

1. Recursos físicos: casa hogar para ancianos Arturo Mundet, biblioteca y centro de computo de la Facultad de Odontología.
2. Recursos humanos: personal de la casa hogar para ancianos Arturo Mundet, que preste sus servicios para la realización de esta investigación y dos pasantes de la carrera de Cirujano Dentista para la recolección de los datos.
3. Equipo dental: espejos, abatelenguas, cubrebocas, retractor de carrillos, campos, bolsa para basura.
4. Equipo fotográfico: cámara fotográfica con objetivo normal y macro, rollos para diapositivas.
5. Papelería: hojas bond blancas tamaño carta, lápiz, bolígrafo, tabla de apoyo, fotocopias del cuestionario de investigación.

10. MÉTODO

En el estudio transversal se investigó todo lo referente a limpieza de la boca y de las prótesis, así como la influencia que tiene una prótesis sucia y desajustada en la aparición de algún tipo de patología bucal.

En el seguimiento del estudio se entrevistó a 30 residentes de la casa hogar para ancianos Arturo Mundet, que varían en edades de 58 a 89 años.

Para las entrevistas se necesitaron de dos días y se elaboraron con un solo formato de encuesta.

Esta entrevista nos dio resultados referentes a las costumbres de salud bucal, es decir si acudían al dentista, si recibieron alguna vez información para mantener su boca y prótesis limpia, también se indagó en el manejo que hacen de las prótesis los ancianos, es decir; si las usan las 24 horas del día o las retiran por las noches, cómo las lavan, si es que lo hacen.

Otro factor importante fue saber, el padecimiento de alguna enfermedad degenerativa osteoarticular que les impida lavarse la boca.

Además de revisar los tejidos de la boca para determinar la presencia de alteraciones en la misma

11. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La casa hogar para ancianos Arturo Mundet cuenta con una población interna de 140 ancianos que tienen una edad entre los 55 y 90 años de edad aproximadamente.

La casa hogar para ancianos esta dispuesta de la siguiente manera: área de ambulatorios y no ambulatorios.

En el área de ambulatorios y debido a sus incapacidades físicas y mentales se encuentran los servicios de enfermería, geriatría, fisioterapia y odontología.

El área de ambulatorios cuenta a su vez con dos secciones una para hombres y otra para mujeres, esta última es mucho más amplia ya que la población de mujeres es mayor debido a que la esperanza de vida en la mujer tiende a aumentar con respecto a la del hombre. Además de tener dos dormitorios privados para matrimonios.

Para determinar el tamaño de nuestra muestra tomamos en cuenta lo antes mencionado y resolvimos tomar a 30 ancianos del total de 140, esto representa el 20% de la población.

11.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se determinó que en la muestra, únicamente tomaríamos en cuenta a ancianos del área de ambulatorios ya fueran hombres o mujeres, estos serán escogidos al azar.

Porqué estos pueden realizar su aseo personal diario, y llevan una actividad cotidiana, como la realiza cualquier otro anciano que viva fuera o dentro del asilo.

11.2. CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Los ancianos que presentan demencias seniles o depresiones también quedan fuera de la muestra ya que de padecer estas alteraciones en el momento de realizar el cuestionario nuestra entrevista se vería alterada o sería imposible realizarla.

12. RESULTADOS

El nivel de escolaridad es de uno o dos años de primaria en las mujeres, mientras que en los hombres llega a ser de secundaria (cuadro 1). Las edades en promedio son entre los 58 y los 89 años de edad. De 30 ancianos (100%) entrevistados 18 nos dijeron que visitan regularmente al dentista y esto está en relación con que son portadores de prótesis ya sean totales o parciales (cuadro 2), mientras que 12 ancianos no visitan al dentista y tampoco utilizan prótesis, esto se debe a que permanecen indiferentes ante su apariencia física, son descuidados con su aseo general y nos indicaron en algunos casos, que ya para qué necesitaban dientes. Por lo tanto estos ancianos aun cuando han recibido información de cómo lavar su boca, no lo hacen. La patología que se presenta aquí es de nueve personas con caries en la corona y raíz de los dientes, además de restos radiculares.

De los pacientes portadores de prótesis el 100% lava su prótesis y boca juntas como si fueran sus dientes naturales, pues no retiran la prótesis para enjuagarla al chorro del agua y el 100% la lava con agua, pasta dental (cuadro 3) y cepillo dental de cerdas duras.

También observamos que aquellos ancianos portadores de prótesis parcial removible permanecen con esta, todo el día y la noche, es decir, nunca la retiran. Además los ancianos con prótesis total el 100% se la quitan en las noches para dormir y la colocan en un vaso con agua.

Aquí los hallazgos patológicos no fueron muy significativos ya que se encontró candidiasis, úlcera traumática, queilitis angular, hemangioma, hiperplasia lingual, varices linguales y lengua fisurada que fue la de mayor incidencia (cuadro 4). Pero en contraste no obtuvimos hiperplasia papilar, hiperplasia marginal, estomatitis protésica, hiperplasia fibrosa, etc.

Otro punto importante fué que nos planteamos la posibilidad de enfermedades que pudieran ocasionar alguna incapacidad, de las cuales encontramos diabetes, artritis, osteoporosis, gota, neurodermatitis,

cardiopatías, etc (cuadro 5)., pero los pacientes refirieron no tener ningún problema para realizar su aseo bucal.

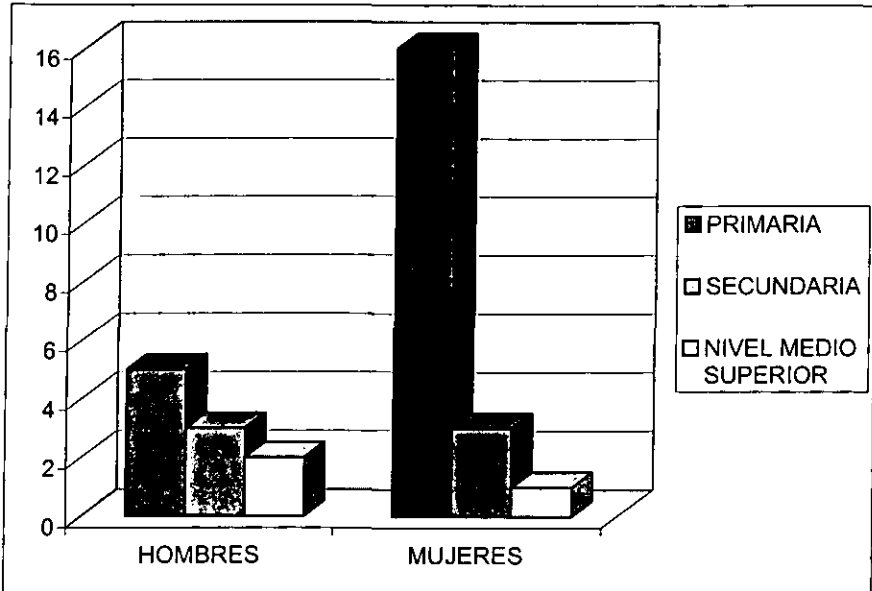
Todo lo anterior nos demuestra que en el asilo de ancianos "Arturo Mundet" el nivel de enfermedades bucales es bajo, esto lo podemos entender porque el asilo cuenta con un odontogeriatra que esta promoviendo las técnicas de limpieza para la boca y prótesis. Además de renovar sus prótesis periódicamente, pues los pacientes portadores de prótesis las tienen en buenas condiciones, otro punto que favorece la disminución de procesos patológicos.

También se observó que las enfermedades degenerativas osteoarticulares o sistémicas ni impiden la realización del cepillado de las prótesis y tejidos bucales.

1. GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS ANCIANOS

	HOMBRES	MUJERES
PRIMARIA	5	15
SECUNDARIA	3	3
NIVEL MEDIO SUPERIOR	2	2
TOTAL	10	20

GRAFICA 1



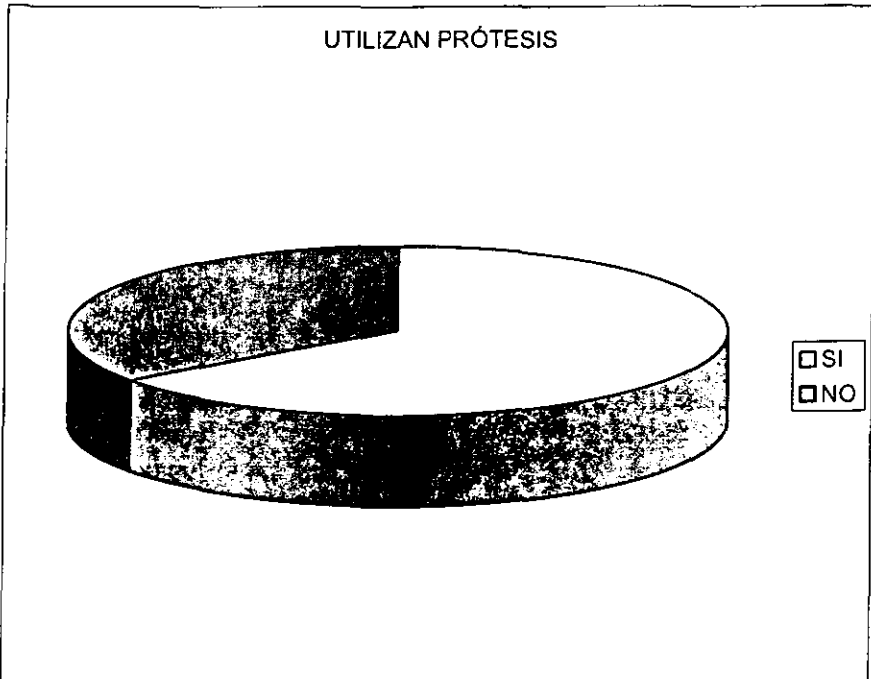
DATOS OBTENIDOS DE LA CASA HOGAR PARA ANCIANOS "ARTURO MUNDET"

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

2. NUMERO DE ANCIANOS QUE UTILIZAN PRÓTESIS

	SI	NO
UTILIZAN PRÓTESIS	22	8

GRAFICA 2

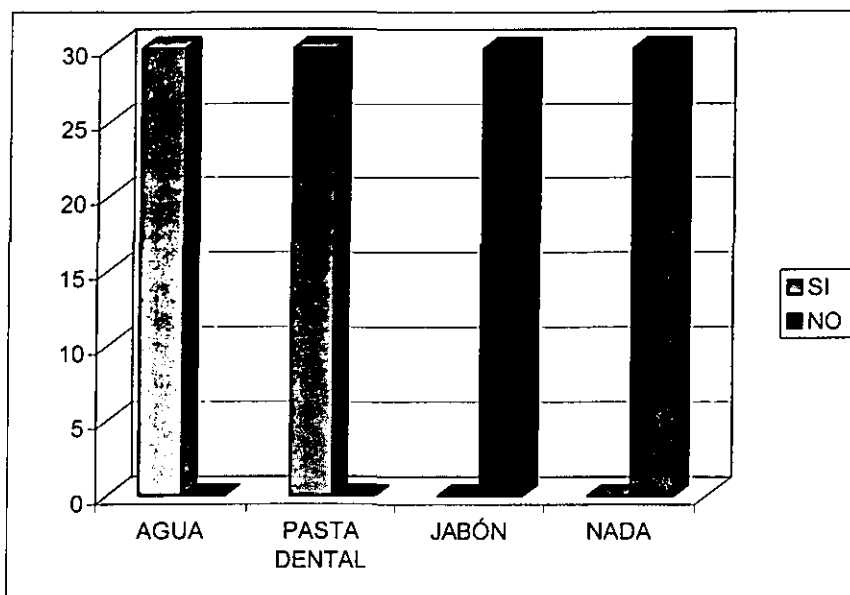


DATOS OBTENIDOS DE LA CASA HOGAR PARA ANCIANOS "ARTURO MUNDET"

3. SUSTANCIAS QUE UTILIZAN PARA LA LIMPIEZA DIARIA DE BOCA Y PRÓTESIS

	SI	NO
AGUA	30	0
PASTA DENTAL	30	0
JABÓN	0	30
NADA	0	30

GRAFICA 3

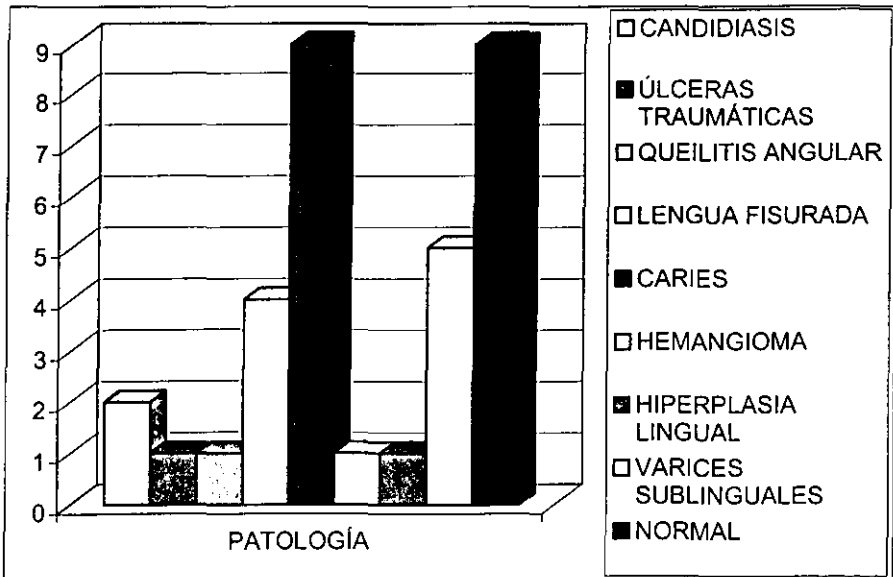


DATOS OBTENIDOS DE LA CASA HOGAR PARA ANCIANOS "ARTURO MUNDET"

4. PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN ANCIANOS

	PATOLOGÍA
CANDIDIASIS	2
ÚLCERAS TRAUMÁTICAS	1
QUEILITIS ANGULAR	1
LENGUA FISURADA	6
CARIES	9
HEMANGIOMA	1
HIPERPLASIA LINGUAL	1
VARICES SUBLINGUAL	5
NORMAL	9

GRÁFICA 4

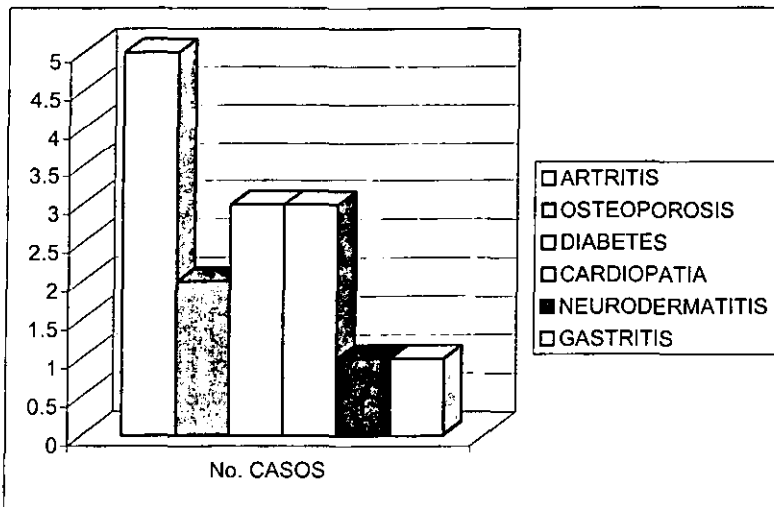


DATOS OBTENIDOS DE LA CASA HOGAR PARA ANCIANOS "ARTURO MUNDET"

5. ENFERMEDADES SISTÉMICAS

ENFERMEDADES	No. CASOS
ARTRITIS	5
OSTEOPOROSIS	2
DIABETES	3
CARDIOPATIA	3
NEURODERMATITIS	1
GASTRITIS	1

GRÁFICA 5



DATOS OBTENIDOS DE LA CASA HOGAR PARA ANCIANOS "ARTURO MUNDET"

13. CONCLUSIONES

La baja incidencia de patología como consecuencia de prótesis es consecuencia de que al asilo, llegan constantemente estudiantes de la facultad de odontología y solicitan su colaboración para realizarles su dentadura, lo que nos da como resultado el no encontrar prótesis desajustadas, fracturadas, viejas, pigmentadas, etc., evitando así la aparición de procesos patológicos más graves.

En cuanto a su aseo bucal el odontólogo de la institución les proporciona instrucciones tales como:

- a) Quitarse la prótesis para dormir.
- b) Mantener durante la noche las prótesis en agua
- c) Lavarse la boca con la prótesis

Por último las recomendaciones que les hacemos a los ancianos de la casa hogar son; que las prácticas de higiene bucal no deben suspenderse porque se pierdan los dientes naturales. La limpieza de las prótesis es importante para la salud y el bienestar del anciano.

Las prótesis deben cepillarse después de cada comida y enjuagarse con agua corriente antes de volver a ponerlas en la boca.

La boca debe cepillarse con un cepillo de pelo suave para no irritar la mucosa y estimular a los tejidos.

También se deben retirar las prótesis por la noche y colocarlas en un vaso con agua limpia, para dar reposo a los tejidos donde se apoya la prótesis y en caso de que el anciano olvide lavar su dentadura los residuos alimenticios no irriten la mucosa bucal.

Es importante que el odontogeriatra haga estas recomendaciones al anciano ya que de esto depende el que no se presente ninguna alteración en los tejidos de la boca y acabe en un proceso patológico.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. **Bates, John F.**, Tratamiento Odontológico del paciente geriátrico, Ed. El Manual Moderno, México, 1986.
2. **Franks, A. S. T. y Hedegerd B.**, Odontología Geriátrica, Ed. Labor, México, 1976.
3. **Geering Alfred H., Kundert Martin**, Prótesis Total y Sobredentaduras, MASSON-SALVAT, Alemania y España, 1993.
4. **Lueckenotte, Annette G.**, Valoración Geriátrica, Ed. Interamericana McGraw-Hill, España, 1992.
5. **Luna, Gómez Juan Manuel**: Patología bucal en la vejez, *Práctica Odontológica*, 1984; 5(5):6-12
6. **Nicola, Pietro de**, Geriatría, Ed. El Manual Moderno, México, 1981.
7. **Ozawa, Deguchi José Y.**, Prostodoncia Total, Ed. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995.
8. **Ozawa, Deguchi José Y.**, Estomatología Geriátrica, ed. Trillas, México, 1994.
9. **Salgado**, Manual de Geriatría, Ed. Salvat, España. 1990.
10. **Winkler Sheldon**, Prostodoncia Total, Ed. Interamericana, México, 1982