

451

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DE LOS FACTORES
BIO-PSICO-SOCIALES
DEL PACIENTE GERIÁTRICO
EN EL CONSULTORIO DENTAL**

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
J O R G E R E Y E S L Ó P E Z

292240

DIRECTOR: C.D. ROLANDO DE JESÚS BUNEDER
ASESORA: MTRA. ROCÍO IVONNE QUINTAL LÓPEZ



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

MEXICO

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A mí Madre a quien AMO por todos esos momentos tan bellos que hemos compartido juntos, por su cariño y apoyo incondicional; a la que le debo la vida por habérmela concedido y hacer de mí una persona orgullosa de su familia.

Gracias Mamá por estar siempre conmigo.

Te Quiero Mucho !

A mí Padre que con su gran esfuerzo, dedicación y empeño, me ha hecho un hombre de provecho, por su apoyo que en todo momento me brinda, así como de todas sus enseñanzas que he aprendido día con día.

Gracias Papá, eres SUPER !

**SIN USTEDES ESTE GRAN SUEÑO NO HUBIERA SIDO
POSIBLE.**

A ustedes hermanitos: **Gricel**
y **Poncho** por todas las cosas
que hemos aprendido,
compartido y reído juntos,
dándonos apoyo mutuo.
Gracias también a ustedes por
contribuir en éste logro.
Son lo mejor !

A cada una de mis tías: **Alba**,
Concha, **Irma** y **Morena** por
aquellas inolvidables vacaciones
de estudio continuo, por
inculcarme a seguir adelante en
mí formación profesional.
Las adoro por todo eso y más !

A mis queridas Abuelitas:
Cata y **Elvira** que siguen
presentes en mí corazón.
Con mucho cariño.

A todos mis Amigos y
compañeros de quienes
aprendí bastante y lo sigo
haciendo, por los magníficos
momentos que hemos
convivido.

Adriána, Alma, Caro, Chava,
Elías, Enrique, Erika R.,
Erika S., Gerardo, Javier,
Lore, Oscar C., Oscar W.,
Rosa, Rubén, Toño, etc...

A todos ustedes por su
valiosa amistad !

A Lety, por su paciencia y
apoyo en los días de clínica. A
Joss y Ximenita por esas
alegres sonrisas que iluminan
el día.

Las quiero Mucho !

A mi entrañable Amigo
Rubén F. quien hizo los
desvelos más amenos con su
grata compañía en este
también su logro, por su gran
amistad, consejos y
dedicación.

Gracias por contar contigo y
en todo momento.

A mi segunda familia: tío **Beto**,
tía **Rosa**, **Liliana**, **Ivonne** y
Beto por alentarme a seguir
superandome. Gracias por sus
consejos y porras.

Los Quiero Mucho !

A cada uno de los pacientes
por su colaboración durante
mis estudios, contribuyendo a
mi práctica profesional.

Mil Gracias !

Al **Dr. Buneder** que nos
entusiasmó para culminar
exitosamente el último paso
de la licenciatura.

Gracias Doc. !

A mi asesora y amiga **Rocío**
por todo el apoyo brindado, su
tiempo, dedicación, paciencia
y conocimientos compartidos.
Gracias por la atención de
siempre durante este
importante paso para mí.

Por fin terminamos Maestra !

Gracias a la **UNAM** y en especial a la **Facultad de Odontología**, así
como cada uno de los **profesores** que contribuyeron a mi formación
profesional compartiendo sus enseñanzas en las aulas y clínicas
universitarias.

ÍNDICE

Introducción	1
---------------------	----------

CAPÍTULO 1

Definición de Conceptos

1.1 Geriatría	3
1.2 Gerontología	4
1.3 Odontogeriatría	5

CAPÍTULO 2

Características del Paciente Geriátrico

2.1 Porcentaje Demográfico de Población Geriátrica	7
2.2 Cambios en la Cavidad Oral	10
2.3 Cambios Físicos y Fisiológicos	16
2.4 Cambios Psicológicos	20
2.5 Cambios Sociales	24

CAPÍTULO 3

La Importancia de una Atención Integral en la Relación Odontólogo-Paciente

3.1 Aspectos Generales que se deben tomar en cuenta en toda Relación entre Odontólogo y Paciente	29
3.1.1 La Entrevista	29
3.1.2 El Ambiente Odontológico	31
3.1.3 Personalidad del Odontólogo	39
3.1.4 Aspectos Psicológicos y Culturales	41
3.2 Aspectos que se deben tomar en cuenta en la Relación Odontólogo-Paciente Geriátrico	44
3.2.1 Atención a Aspectos Psicológicos	45
3.2.2 Atención a Aspectos Físicos	47
3.2.3 Atención a Aspectos Sociales	48

CAPÍTULO 4

Conclusiones y Sugerencias	51
Glosario	54
Bibliografía	60

INTRODUCCIÓN

Los llamados viejos, ancianos o de la tercera edad, en México y en cualquier parte del mundo son un grupo muy importante, ya que por sus conocimientos, experiencia y visión de la vida son invaluable para el progreso de la humanidad. Conservar su salud general incluida la dental; así como su calidad de vida es un deber de toda la sociedad, pero especialmente de aquellos profesionistas insertos dentro del campo de la salud, como es el caso de los odontólogos. Las anteriores consideraciones llevaron al autor del presente trabajo a valorar la importancia de plantearse el siguiente objetivo: desarrollar una revisión bibliográfica que brinde los conocimientos necesarios acerca de las características fisiológicas, psicológicas, sociales y dento-médicas del paciente geriátrico; esto bajo la consideración de que el conocimiento de dichas características por parte de los profesionales de la salud buco-dental les ayudarán a decisiones terapéuticas apropiadas e individualizadas para estos pacientes lo cual, sin duda, se reflejará en la calidad de vida de los mismos. Lo señalado previamente cobra mayor importancia si se toma en cuenta que actualmente la salud buco-dental en los pacientes geriátricos ha tenido un gran auge, pues con el paso del tiempo se ha logrado que cada vez más ancianos acudan en búsqueda de atención dental, lo cual se cree tendrá efectos positivos en su calidad de vida y autoestima.

Con el propósito de cumplir con el objetivo antes señalado, en el presente trabajo se desarrollaron cuatro capítulos. En el primer capítulo se dan a conocer los conceptos de geriatría, gerontología y odontogeriatría así como sus aplicaciones dentro de la odontología. En el segundo capítulo se detallan las características bio-psico-sociales propias del paciente geriátrico y se menciona el porcentaje actual de población geriátrica en el mundo. En el tercer capítulo se habla de algunos aspectos que es deseable se tengan en

cuenta a fin de brindar una atención integral en la relación odontólogo-paciente. Por último en el cuarto capítulo se exponen las conclusiones de la presente tesina, así como algunas sugerencias para próximos trabajos relacionados con el tema de esta investigación.

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

La finalidad del presente capítulo es desarrollar brevemente tres conceptos que se consideran son claves en el presente trabajo, estos son: geriatría, gerontología y odontogeriatría.

1.1 GERIATRÍA

El término geriatría se usa para designar a los hombres y mujeres que se encuentran en la llamada tercera edad la cual según algunos autores inicia a partir de los 65 años. El establecimiento de esta edad se basa en las atroñas o deterioros a nivel orgánico, así como en ciertos trastornos psicológicos y situaciones sociales tales como el aislamiento, que aparecen de manera general a partir de esta etapa de la vida.

En la revista de la Atención Odontológica Argentina (1996) se menciona que "Un adulto mayor es una persona que acumuló dentro de su vida una serie de experiencias que lo llevaron a ser como es. Es un individuo con características propias de la edad que se relacionan en mayor o menor grado entre sí, pudiéndose mencionar como principales las sistémicas, psicológicas, odontológicas, nutricionales, farmacológicas, etcétera; a las que se agregan problemas económicos y sociales". Davidoff (1984) señala que recientemente la vejez se ha dividido en dos partes: vejez joven y vejez avanzada. Los límites en términos de años no se han determinado con todo rigor. Los ancianos jóvenes, generalmente entre los 65 y 75 años, gozan de una enorme cantidad de tiempo libre, y se preocupan por aprovecharlo de

forma constructiva. Por lo general gozan todavía de una mente lúcida. Su salud de hecho puede mejorar con el retiro. Su estado de ánimo suele fortalecerse, en especial si viven en comunidades de jubilados. Después de los 75 años aproximadamente, principio de la vejez avanzada, la mayoría de las personas tienen que hacer frente a un conjunto de nuevos retos. Tienen que prepararse a afrontar enfermedades incapacitantes, y a menudo facultades muy mermadas. Así mismo tiene que hacer frente a su propia muerte.

Por su parte Kastenbaum (1983) opina que la respuesta a la pregunta ¿qué es la vejez? no es sencilla, pues hay varias definiciones y tendemos a pasar inadvertidamente de una a otra y agrega que nuestra sociedad seguirá insistiendo en usar la edad cronológica para muchos fines. Desde el punto de vista de este autor podemos continuar la práctica de usar la edad cronológica como punto de referencia si reconocemos que el señalar un punto de referencia cronológica para catalogar a una persona como "anciana" es simplemente un asunto de conveniencia administrativa o estadística. Podemos minimizar el impacto negativo de esta práctica estableciendo en nuestra mente una clara distinción entre la edad cronológica y la situación física, mental y social del individuo. También podemos resistirnos a ser arrastrados por la implícita relación que existe entre la edad cronológica y el valor humano.

1.2 GERONTOLOGÍA

Al analizar etimológicamente la palabra gerontología se encuentra que geros significa anciano y logos estudio lo cual nos lleva de manera rápida a entender que con el término gerontología se designa al campo científico que tiene como objeto de estudio a los ancianos.

Por su parte Altariba (1992) señala que la gerontología estudia la ancianidad abarcando desde características diferenciales entre los sexos, aspectos médicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, jurídicos y filosóficos.

Así para concluir se puede señalar que la gerontología es la ciencia que estudia el proceso del ser humano hacia la vejez y las consecuencias que conllevan los cambios bio-psico-sociales de la vida geriátrica (apuntes del autor).

1.3 ODONTOGERIATRÍA

La odontogeriatría ha sido definida como la atención y tratamiento del adulto mayor. El objetivo de esta atención dental es mejorar la calidad de vida del paciente de edad avanzada, usando nuevos conocimientos, actitudes y con consultorios apropiados. El odontogeriatra se preocupa por conocer las características físicas-fisiológicas, sociales y dento-médicas propias del paciente anciano o de la tercera edad, a fin de poder brindarle atención íntegra y especializada. (en red: <http://www.belladent.com/dentista/geriatria.htm>)

La odontogeriatría también ha sido definida como la atención odontológica de ancianos o de personas mayores con una o más enfermedades crónicas que impliquen deterioro físico o mental debilitantes, con problemas asociados psicosociales y/o derivados de tratamientos medicamentosos. El objetivo de esta especialidad, no es sólo el tratamiento, sino la prevención de las enfermedades de la boca, ya que las personas de edad tienen afecciones producidas por los medicamentos que toman, por las enfermedades que padecen o por mala nutrición y su resolución no siempre es sencilla. A

medida que pasan los años la gente vive más y conserva cada vez más sus piezas dentarias. Al mismo tiempo sus demandas son cada vez mayores y requieren de profesionales preparados no solamente en las características odontológicas de los ancianos, sino también en aspectos médicos, gerontológicos y psicológicos, para poder llegar a un grado de comprensión indispensable que posibilite un buen diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado. (en red: <http://odontogeriatría.elabuelo.com.ar/>)

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Bajo la idea de que conocer los cambios que experimentan hombres y mujeres durante la tercera edad nos permitirá ser más sensibles a su situación, en este capítulo se habla de dichos cambios en cuatro distintos aspectos o campos: cavidad oral, físicos-fisiológicos, psicológicos y sociales; no sin antes hacer mención del porcentaje actual de la población geriátrica en el mundo.

2.1 PORCENTAJE DEMOGRÁFICO DE POBLACIÓN GERIÁTRICA

González (1994) refiere a la longevidad como la existencia de la vida en cada individuo. La longevidad potencial del hombre se calcula en relación al periodo de desarrollo máximo del individuo, entre 120 a 130 años con un máximo de hasta 150 años. El hombre difícilmente logra hoy día vivir 100 años aún en países más desarrollados y más protegidos por la medicina y la prevención. El envejecimiento comienza tan pronto como el organismo alcanza su madurez completa, es decir, alrededor de los 25 a 30 años, un poco antes en el hombre que en la mujer. Por lo anterior, los problemas de envejecimiento prematuro y de salud en los ancianos deben abordarse más en términos de calidad de vida y de bienestar social.

Se entiende por calidad de vida a todos los elementos que condicionan, objetiva y subjetivamente la situación de bienestar social que se funda en la experiencia individual y colectiva de la población frente a la vida social.

La calidad de vida de un individuo se concibe como la relación global que el establece entre los estímulos negativos (adversos, desagradables, etc.), en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en que vive, en el ejercicio de los valores sociales.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce la importancia de la longevidad ligada a la calidad de vida y menciona: los viejos deben, en la medida de lo posible disfrutar en el seno de sus familias y la comunidad, de una vida plena y saludable, segura y satisfactoria como parte integrante de una sociedad.

En la ciudad de Viena Austria se celebró una asamblea mundial sobre el envejecimiento, en agosto de 1982, dando como resultado un plan de acción internacional queda a los gobiernos recomendaciones específicas sobre salud, vivienda, familia, bienestar social, economía y educación. El plan de acción considera a los viejos como el primer recurso para la creación de una sociedad íntegra, y al gobierno como responsable del bienestar socioeconómico trabajando todos en forma integrada.

Son muchos los factores que han contribuido al aumento de la población de ancianos en el mundo, esto como resultado de distintos factores. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) menciona los siguientes: educación, aumento en el nivel de vida, mayor control de las enfermedades transmisibles (ej. erradicación de la viruela), el saneamiento de ambientes insalubres, así como los importantes avances de la medicina. Esto gracias a que los gobiernos dan cada vez más importancia a la salud. El efecto acumulativo de todos estos factores en la capacidad de salvar vidas, especialmente de los recién nacidos y de sus madres, se dejará sentir cada vez más en los límites de edad superiores.

Los datos de las Naciones Unidas demuestran que tanto hombres como mujeres tienen ya una vida más larga en el mundo industrializado que en los países menos adelantados, puesto que los factores sociales, ambientales y de salud han tenido más tiempo para dar fruto, por ello, también los países en desarrollo deberán comenzar ahora a hacer frente a los problemas especiales que vayan surgiendo. Más de la mitad de los ancianos del mundo vive hoy en países de desarrollo, y en el año 2025 esta proporción alcanzará el 69 % en todas partes. Así mismo; por diversos motivos, las mujeres viven en promedio dos o tres años más que los hombres.

Comparando la región de Europa y la región de África de la OMS se observa una espectacular variación en la proporción de la gente que vive más años. En 1985 en la mayor parte de Europa, más del 15 % de la población tenía por lo menor 60 años. Ningún país de África alcanzaba ese nivel y para el continente en conjunto menos del 5 % de la población pasaba 60 años.

Actualmente está claro que los países más desarrollados se están convirtiendo en "sociedades que envejecen" a un ritmo mucho más rápido que otros países que aún se encuentran en proceso de desarrollo. La proporción de ancianos ya ha comenzado a crecer en China, y en el año 2000 alcanzó aproximadamente el mismo nivel que tenía en el Japón en los años sesenta.

En el año 2010, habrá en todo el mundo unos mil millones de personas mayores de 60 años. Y las mujeres, por su mayor esperanza de vida, constituirán una proporción muy importante de la población anciana.

En los países desarrollados de Europa y Norteamérica, el proceso de envejecimiento ha sido relativamente lento y ha evolucionado al par que los

cambios sociales y económicos de la industrialización y la urbanización, ocurridos durante el último siglo. En el mundo en desarrollo, el proceso tendrá lugar con mucha mayor rapidez y cabe esperar que en un plazo de 20 años el número de ancianos se duplique. (OMS, 2000)

2.2 CAMBIOS EN LA CAVIDAD ORAL

Franks y Hedegard (1976) apuntan que hasta hace poco tiempo la característica más común de los ancianos radicaba en la pérdida gradual de todos sus dientes, la cual se consideraba inevitable y que formaba parte del envejecimiento, sin embargo, hoy en día está aumentando el porcentaje de pacientes que conservan su dentición natural hasta la vejez y es posible que en el futuro sea raro encontrar a un paciente desdentado total. Esto debido a que el odontólogo se está preocupando cada vez más, por profundizar en el estudio de los efectos de la edad en las diversas estructuras de la cavidad bucal y los cambios funcionales que ocurren y que pueden tener una relación con el tratamiento odontológico. Como producto de esta preocupación ahora es posible conocer con mayor precisión los cambios en la cavidad bucodental en diferentes etapas de la vida, entre ellas la vejez. Entre los cambios que se pueden encontrar en la cavidad oral de personas en la tercera edad están los siguientes:

- **ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR**

Con la edad, la articulación temporomandibular se vuelve más susceptible a los cambios degenerativos. Existe el aplanamiento de la superficie articular que se acompaña de la reducción del tamaño del cóndilo mandibular, se produce un mayor grado de laxitud en los movimientos de la articulación. La

actividad propioceptiva está reducida y esto produce una disminución del control de los movimientos de la articulación temporomandibular.

Al irse aproximando a la tercera edad va descendiendo la vascularidad de la articulación. Con la edad también disminuye la elasticidad del disco y los haces de fibra de colágeno se hacen más duros y compactos en todo el volumen del disco. Las células cartilaginosas se hacen más numerosas y se encuentran en el tejido zonas de calcificación (Bates, 1986).

• HUESO ALVEOLAR

Cuando se pierde un diente con frecuencia el hueso alveolar que lo sostenía experimenta una resorción.

- ✓ Si en la arcada se pierde un sólo diente y permanecen los dientes continuos la pérdida ósea es menor que si perdieran o se extrajeran varios al mismo tiempo.
- ✓ Si durante la extracción se lesiona el hueso alveolar, la velocidad de resorción del mismo, parece estar en relación con el grado de daño que se provoque.
- ✓ Las características de los alvéolos remanentes pueden tener una influencia determinante sobre la velocidad de resorción.
- ✓ El hueso previamente afectado por enfermedad parodontal presenta resorción con mayor rapidez que el hueso sano.

En los ancianos está reducido el recambio óseo siendo la osteoclasia más evidente que la actividad osteoblástica, esto significa que a medida que el individuo envejece aumenta la pérdida de sustancia ósea.

Entre los cambios estructurales que con frecuencia ocurren en la mandíbula están la aparición gradual de un reborde alveolar en forma de filo de cuchillo y la superficialización del agujero mentoniano.

La rama ascendente parece ser más larga por la reducción de la altura del cuerpo mandibular y el hueso se vuelve más frágil al perder parte de su contenido orgánico (Salgado, 1986).

• MUCOSA

Los cambios más significativos que se producen a nivel microscópico en la mucosa oral del anciano incluyen la atrofia del epitelio superficial, principalmente a nivel del dorso de la lengua, incremento en la queratinización, aplanamiento de la unión entre el epitelio y tejido conectivo, disminución en el número de células y degeneración de las fibras del tejido conectivo. Así mismo se presenta un agrandamiento varicoso de las venas del vientre de la lengua, aumenta la cantidad de glándulas sebáceas, hay una atrofia progresiva de las glándulas menores, una disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, particularmente en la encía y lengua, donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos.

Clínicamente los cambios que sufre la mucosa oral del anciano son: la falta de coloración, que se debe a la falta de irrigación, se va tomando más lisa y

de aspecto brillante. En la encía insertada hay pérdida del puntilleo, y las células que la componen tienen una regeneración más lenta (Rueda, 1986).

- **MEMBRANA PARODONTAL**

Los cambios ocurridos en la membrana parodontal durante el envejecimiento se pueden explicar de dos maneras: a) por la falta de higiene o b) por el exceso de higiene. En la primera, la acumulación de placa bacteriana afecta los tejidos, lo cual produce enfermedad periodontal; el resultado es la pérdida de los dientes con exposición radicular extensa, obviamente perdiéndose también el apoyo óseo. Por otra parte, en la segunda: hay estrechamiento del espacio de la membrana periodontal, desgaste intenso y adherencia firme de los tejidos. El depósito del cemento secundario aumenta, cuando es excesivo o desigual en la superficie radicular puede ser factor que hace difícil la extracción dentaria en pacientes ancianos. La migración de la encía en dirección apical es otro cambio producido por la edad, aunque, depende de la raza (Papas, 1991).

- **DIENTES**

Con la edad el esmalte y la dentina sufren varios cambios escleróticos por el efecto de la reciente mineralización y el depósito de elementos químicos. A pesar de su mayor dureza (y fragilidad) el uso cotidiano de una dentición natural produce una progresiva atrición dental (Frank, 1976).

• **GLÁNDULAS SALIVALES**

Las glándulas salivales presentan cambios histológicos con el incremento de la edad. En estudios realizados se ha observado que las glándulas submandibulares y parótidas, por ejemplo el perénquima ocupado por células acinares, se reducen de 25 a 30 %. Las células secretoras de los acinos y de los canalículos se atrofian, hay una proliferación de elementos extraños en los acinos. En las glándulas menores también se registran cambios degenerativos parecidos a los de las glándulas mayores (Papas, 1991).

• **DISMINUCIÓN EN LA SECRECIÓN SALIVAL**

El descenso en la producción de saliva sigue el ritmo de los cambios por el envejecimiento de las glándulas salivales. Una secreción salival hiposialia o asialia dan como consecuencia la xerostomía. La xerostomía es causada por la atrófia gradual de sus componentes:

- a) el perénquima se esclerosa
- b) las células secretoras de los acinos y de los canalículos se atrofian
- c) los acinos glandulares disminuyen en número y padecen degeneración de grasa y tejido linfoide.

Como consecuencia, se observan modificaciones cualitativas de la secreción glandular; la amilasa disminuye; hay modificación de la concentración de sodio, potasio, la viscosidad salival puede aumentar.

La sintomatología de la disminución salival moderada, se caracteriza por la aparición de sensación de ardor, quemazón, especialmente en la lengua y puede contribuir al desarrollo de cáncer en los ancianos.

Una mucosa se irrita con facilidad y es común el traumatismo causado por la prótesis, es difícil tener una prótesis confortable. La disminución de la producción salival también afecta la fonética y se hace difícil la deglución de grandes porciones de alimento (Ozawa, 1994).

• DECLINACIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR

La declinación general de la actividad muscular no afecta los músculos masticadores hasta una edad relativamente avanzada, pero la pérdida de la dentición natural acelera su atrofia. En el paciente senecto es común que por una rehabilitación protésica, o por prótesis mal utilizadas o mal realizadas, se produzca la pérdida de la tonicidad muscular (Bates, 1986).

• CAMBIOS FONÉTICOS

Los cambios fonéticos se dan cuando hay pérdida dentaria, disminución de la distancia vertical, modificación en las articulaciones temporomandibulares y la musculatura faríngea, ya que constituyen un impedimento para la apertura de la boca.

Las consonantes más afectadas son las labiodentales: v, f, t, s, d, c, r, ch y k especialmente cuando van seguidas de las vocales: a, o y e. Bates (1986)

menciona que pueden alterarse los sonidos relacionados con la pronunciación de las letras: v, f, t, d, s y z.

• ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL SABOR

En la edad avanzada el gusto desaparece progresivamente, desde la base hasta la punta de la lengua. Esto se debe a una disminución del número de papilas linguales.

En la constitución de la lengua, la percepción de sabores está distribuida como sigue: amargos en la base de la lengua; salados en los bordes lateroposteriores y los dulces en la punta de la lengua. Por lo tanto, la primera percepción que se pierde es la de los sabores amargos y la última los dulces.

Para concluir este apartado es importante mencionar lo señalado por Frank (1976) respecto a que la apariencia que tenga la boca durante la vejez dependerá de diversos factores: desgastes cotidianos, funcionamiento alterado, caries, enfermedad periodontal, higiene, nutrición, enfermedades sistémicas y fármacos.

2.3 CAMBIOS FÍSICOS Y FISIOLÓGICOS

No todos los pacientes o tejidos individuales envejecen a la misma velocidad, cada tejido orgánico puede tener un grado de envejecimiento diferente. Al examinar a un paciente es importante evaluar los sistemas corporales que son importantes en relación con el tratamiento odontológico, y determinar si

los cambios degenerativos propios del envejecimiento han desaparecido a un índice normal para la edad cronológica del paciente o si el sistema es biológicamente "viejo" (Bates, 1986).

Algunos de los principales y más notables cambios corporales según Bates (1986) son los que se enlistan a continuación:

- **POSTURA**

Existe cierta atrofia de los discos vertebrales y una ligera pérdida de estatura. La adopción de una postura encorvada puede acentuarse por la degeneración de las articulaciones, que muchas veces se vuelven más rígidas y restringidas y limitan la locomoción del paciente geriátrico. Esto hace difícil que el anciano permanezca sentado durante períodos largos en el sillón dental.

- **TEMPERATURA**

La tasa metabólica basal de una persona depende de varios factores, pero en la senectud la pérdida de la capacidad para hacer ejercicio y la disminución de la capacidad para utilizar tiroxina conducen a una caída general de la tasa metabólica y la tasa a la cual se produce el calor. La reacción compensadora normal del cuerpo a una caída de la producción de calor es la secreción de adrenalina, contracción de la superficie de los vasos sanguíneos y escalofrío, pero no es probable que aparezcan en los ancianos, que parecen reaccionar con menor rapidez y propiedad en comparación con los jóvenes.

• DIGESTIÓN

Se sabe que en primera instancia, los dientes, glándulas salivales y cavidad bucal forman la porción inicial del aparato digestivo y es por eso que son de gran importancia para una digestión eficiente, así como para una dieta bien balanceada. Entre los factores que se han encontrado juegan un papel importante en el deficiente consumo alimentario en los ancianos se encuentran los siguientes: la falta de dientes, prótesis totales desajustadas y falta de interés por alimentarse. Todo esto da como consecuencia una digestión inestable.

Bates (1986) menciona que en un estudio reciente se halló que el umbral de la sacarosa y la ingestión del azúcar no se relaciona con la edad, en cambio el umbral para la sal sí aumenta con la edad, notándose además una tendencia en los ancianos para consumir menor cantidad de la misma.

Otros cambios en el paciente geriátrico y que son de importancia para una buena comunicación entre el odontólogo y el paciente, son la audición y el lenguaje, en donde puede afectar mucho el modelo de tratamiento odontológico de los ancianos. En seguida se realiza una descripción de estos dos sentidos especiales como así los llama Bates (1986).

• AUDICIÓN

No todos los pacientes geriátricos tienen agudizado el problema de la audición, el odontólogo no debe suponer que en la gran mayoría es así, ya que es incomodo para el paciente que otra persona sea el interprete de sus deseos, cuando él es capaz de oír, entender y responder por sí mismo.

- **LENGUAJE**

El lenguaje del paciente geriátrico puede volverse difícil por el deterioro del sistema nervioso central (SNC), aunándosele a la xerostomía, situación no muy rara en los ancianos, lo que provoca una inapropiada pronunciación de las palabras.

Con frecuencia ocurre afasia o disfagia, en la que las palabras no se pueden decir o no se pueden ver y apreciar mentalmente después de accidentes cerebrales. Esta incapacidad de comunicarse conduce al paciente a la frustración y a que el paciente se irrite, abochorne y agite ocasionando un desequilibrio emocional.

- **DOLOR**

Este sentido se encuentra considerablemente disminuído en los ancianos, principalmente en el dolor profundo, comparándolo con el dolor cutáneo. Los umbrales del dolor están muy relacionados con la personalidad del paciente y dependen en alguna medida del deseo de manifestar dolor. En odontología este deseo para manifestar dolor puede estar relacionado con la interacción entre el odontólogo y su paciente, estando algunos pacientes aprehensivos de no ofender o causar "problemas" que pueden resultar si se quejan de dolor.

2.4 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

A medida de que los adultos llegan a la etapa senil, el deterioro físico y la pérdida de algunas capacidades hacen que aparezca la idea de la muerte, es por eso que el anciano comienza a prepararse para ella desde que entra en la etapa de la madurez tardía. En este lapso de conciencia los ancianos pueden sentirse angustiados, culpables, deprimidos o desesperados cuando sienten que el tiempo se les está acabando y aún les faltan muchas cosas por realizar en su vida o cambiar el sentido de algunas de las ya realizadas. Una manera de reducir la angustia o culpabilidad en el anciano es enfocar su atención en lo que sí hicieron y lograron, motivándoles a que valoren estos hechos y les encuentran un sentido dentro de sus vidas. Cuando el anciano(a) logra sentirse satisfecho con lo realizado a lo largo de toda su vida puede aceptar de mejor manera la llegada de la muerte. El psicólogo Eric Erickson (en Davidoff, 1984) habla de esta etapa de la vida como integral versus desesperación; según este autor "se logra la integridad cuando las personas miran hacia atrás y se sienten contentas y satisfechas, y aceptan sus vidas como algo que valió la pena. En cambio, las víctimas de desesperación encuentran poco significado y poca satisfacción en su pasado y ven que han desaprovechado sus vidas. Se caen en la cuenta de que el tiempo se está acabando y la muerte se presenta aterradora" (p. 526).

En los pacientes geriátricos se presentan diversas manifestaciones psicológicas como resultado de los cambios físicos, fisiológicos y hormonales propias de esta edad, así como de las situaciones sociales en las que se ven envueltos al llegar a esta etapa. (Por ejemplo pérdida del empleo y aislamiento social). Enseguida se mencionaran algunas de estas manifestaciones, las cuales se presentan en mayor o menor medida dependiendo de la calidad de vida de la persona durante la tercera edad:

- Algunos ancianos presentan depresión, incomprensión, demencia senil, enfermedad de Alzheimer y baja autoestima entre otras.
- Con la edad va apareciendo un declive en la capacidad de adaptación lo que conlleva un deterioro fisiológico y mental, este último caracterizado por síntomas como la pérdida de la memoria inmediata, la capacidad verbal y psicomotriz.
- Aumenta la introversión lo cuál a su vez disminuye la sociabilidad. La actividad física del anciano disminuye y con esta aumenta la pasividad.
- Durante la tercera edad unas personas presentan perdida o disminución en las siguientes áreas: razonamiento abstracto, capacidad de aprender, memoria, velocidad de reacción ante cualquier circunstancia y la atención o concentración que enfocan en sus actividades.
- Su control emocional y su organización en cuanto al espacio temporal están inhibidos por la pérdida de interés en el futuro, lo cual se acentúa cuando no se le toma en cuenta como ser humano.
- Hay alteraciones en la memoria que se expresan a través: la propensión a perder o no localizar las cosas, recordar hechos del pasado, de la juventud u madurez primaria, pero no recordar hechos que apenas realizó hace unos cuantos minutos u horas.
- La coherencia verbal, también se ve afectada al no poder establecer un diálogo concreto y comienza a divagar en su lenguaje.

- Otro factor no menos importante es el abandono personal, que se manifiesta con la pérdida del cuidado en la higiene y vestido de su persona.
- El anciano puede adoptar varios tipos de personalidad exagerada, como son: la agresividad, ira, o simplemente la depresión asociada a enfermedad física y situaciones de pérdida o soledad.
- Entre lo más notable en una persona de tercera edad se encuentra la desorientación espacio-temporal que se caracteriza por momentos de confusión seguidos de periodos de plena orientación.

Por último hay que tener muy en cuenta que los síntomas antes mencionados no siempre son resultado de un trastorno psicológico, sino que pueden aparecer como efecto secundario de algunos medicamentos así como las condiciones sociales dentro de los que se desenvuelven (en red: <http://personales.com/espana/madrid/apsired/geriatria.htm>).

- Las necesidades básicas de las sociedades humanas emergen de las demandas que hacen los grupos y clases sociales para subsistir, para trabajar, para desarrollarse como seres culturales, sociales y psíquicos.
- En todas las etapas de la vida existen necesidades que son elementales. La vida del hombre desde su concepción hasta la muerte significa una constante satisfacción de cinco tipos de necesidades: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de estimación y de autorrealización, necesidades que van cambiando con la edad, dinámica familiar y social. Las necesidades son factores de motivación, su conocimiento, detección y satisfacción dependen de la comunicación.

- ✓ Las necesidades fisiológicas son las más amplias e indispensables, su satisfacción es de vital importancia para mantener adecuadamente la vida del adulto mayor y éstas son: comer, dormir, respirar, conservar la propia temperatura y contar con una protección contra el ambiente físico. En la satisfacción de éstas necesidades la familia tiene una función primordial. La no satisfacción de éstas da lugar a problemas sociales, económicos y de salud.

- ✓ Las necesidades de seguridad se refieren a la pérdida de la confianza en sí mismo, abarca aspectos emocionales, sociales y económicos. El adulto mayor tiene preocupaciones relacionadas con enfermedades que le afectan, angustias en cuanto a la cercanía de la muerte, a las pérdidas y separaciones de los seres queridos, tiene miedo de sufrir maltratos, humillaciones, robos, abandono, abusos, homicidio. El aspecto económico genera temores, se relaciona con ingresos y pensiones bajas y al pago elevado de servicios médicos. La familia puede ser un medio importante para evitar la citadas preocupaciones.

- ✓ Las necesidades de pertenencia o de arraigo social del hombre se logran cuando se identifica con su propio familiar dando y recibiendo genuinamente afecto, cariño y amistad, evitando soledad.

- ✓ La satisfacción de las necesidades de estimación tiene dos móviles: por un lado las personas mayores necesitan sentirse importantes, trascendentes, útiles, y por otro lado, deben recibir del núcleo familiar respeto, reconocimiento y estímulos.

- ✓ La necesidad de autorrealización o autosatisfacción es un fenómeno personal depende más del propio envejecimiento que del medio social, sin embargo se puede favorecer a través de la familia.

Las intervenciones de salud en relación con el envejecimiento tiene por objeto que los ancianos disfruten del funcionamiento óptimo de calidad de vida, y que se retrase la muerte cuanto sea posible. El objeto es que a los años se les añada vida, fomentando el apoyo y la integración familiar y social de los ancianos, manteniendo y mejorando su capacidad funcional, física y mental, procurando evitar enfermedades y asegurando el cuidado de los enfermos (CISS, CIESS, 1997).

2.5 CAMBIOS SOCIALES

Arce, Contreras y Gutiérrez (2000) consideran que el desarrollo social en el anciano presenta varias situaciones de adaptación ante las circunstancias. Algunos de estos son:

- **SOCIABILIDAD**

Hoy en día en comparación en los tiempos de nuestros abuelos el entrar en la etapa de la vejez ya no significa ser una persona totalmente dependiente de los demás, ya que la calidad de vida ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos, lo que se traduce en ancianos más sanos, vigorosos y vitales que los ancianos de generaciones atrás.

La convivencia de las personas mayores ha cambiado tanto en estos tiempos que nada tiene ya que ver con las anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menor número de hijos adultos.

- **ESTRÉS**

El estrés esta estrechamente vinculado a las personas de la tercera edad. Cuando éste se encuentra muy alto, puede dañar la autoestima y el estado físico y mental de la persona. El grado de estrés que presenta un anciano varia de acuerdo con factores como: el género, el estado civil, la raza, el nivel socio-económico y la educación; a esto se le aúnan situaciones negativas como lo pueden ser la mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, además del deterioro irreversible del sistema inmunológico de la persona. Cualquiera que sean los factores asociados de lo que no cabe duda alguna es que el estrés esta íntimamente asociado al proceso de envejecimiento.

- **TRABAJO Y JUBILACIÓN**

El cambio de la actividad laboral a la inactividad por jubilación, puede generar un estado emocional de estrés, más aún si la jubilación se realiza por mala salud y/o de manera involuntaria. Esto debido a que junto a la jubilación se experimenta una perdida de ingresos, de identidad profesional, de estatus social, de compañeros, así como la falta de contidianidad del tiempo y las actividades laborales, lo que nos da como resultado depresión de la persona jubilada.

• VIDA MATRIMONIAL EN LA TERCERA EDAD

Cuando los hombres ya son jubilados se enfrentan a actividades de su hogar de las que antes se desentendían, pues eran actividades realizadas exclusivamente por la esposa quien a su vez debe adaptarse a que su marido esté en casa todo el día. Así mismo para la esposa que trabaja fuera de casa la noticia de que su marido sea jubilado implica pérdida de independencia.

En general, la jubilación conlleva nuevas exigencias o reajustes en la vida matrimonial como son las preocupaciones sobre la cuestión económica, cambio de propiedad en caso de ser rentada, o problemas de salud; al no resolver estos conflictos puede incluso ocurrir el divorcio.

• DIVORCIO Y VOLVERSE A CASAR

Cuando se da el divorcio en personas de la tercera edad, hay más probabilidad de estrés psicológico. La estadística del divorcio en esta etapa de la vida va en aumento, por el hecho de que tras la jubilación la persona ya no puede solventar igual los gastos de la casa y entra en un período de desesperación, provocando discusiones con el cónyuge las cuales no pocas veces terminan en un divorcio. Cuando la mujer se dedica sólo al hogar y sobreviene repentinamente un divorcio después de muchos años de casados, al verse sin el apoyo de su cónyuge, se siente fracasada en su rol de esposa. Sin embargo se ha observado que cuando la mujer toma la decisión del divorcio, no es por la jubilación, sino por las nuevas conductas del marido como lo pueden ser el alcoholismo, o la infidelidad.

Estadísticamente el hombre es más propenso a contraer nuevamente matrimonio para sentirse acompañado, en tanto la mujer no rompe la promesa de compartir su vida con el único marido. Además existe una mayor población de mujeres ya sean viudas, divorciadas o solteras para los hombres; en pocas palabras no hay bastantes hombres para todas las mujeres.

- **VIUDEZ**

Durante el primer año de condolencia de la viudez, el cónyuge presenta depresión y angustia por la soledad, no obstante la mujer prefiere seguir sola no importándole ya el matrimonio a diferencia de los hombres quienes, como ya se mencionó antes, es más probable que vuelvan a casarse.

En comparación con las mujeres, los hombres tienden a enfermarse más, es por eso que hay mayor índice de mujeres viudas que de hombres. Si la mujer llega a contraer matrimonio es con una persona que ya conocía antes de enviudar por ser más sociable con los compañeros de su comunidad.

- **RELACIONES FAMILIARES EN LA TERCERA EDAD**

Es probable que durante la tercera edad de la vida, el anciano emigre con los parientes o amigos de la familia, es decir su relación con ellos se va estrechando conforme se va envejeciendo, lo que también implica pérdida de autonomía.

Después de haber analizado cada uno de los aspectos sociales que pueden afectar al anciano se puede concluir que el envejecer crea algunos conflictos ante la sociedad, pero es importante saber manejarlos para que no exista temor y se viva integra y plenamente aplicando las experiencias acumuladas a lo largo de la vida en nuestra vejez (en red: www.udec.cl/*clbustos/apsique/desa/vejez.html#df).

CAPITULO 3

LA IMPORTANCIA DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE

Una atención integral en la relación odontólogo-paciente contempla no perder de vista diversos aspectos tales como: la entrevista inicial, el ambiente odontológico, personalidad del odontólogo, aspectos psicológicos y culturales. En este capítulo se profundiza en cada uno de estos, pues de la importancia que se les dé dependerá el éxito obtenido en el tratamiento odontológico. En la parte final de este capítulo se mencionan aquellos aspectos tener en cuenta ante la especificidad de la relación odontólogo-paciente geriátrico.

3.1 ASPECTOS GENERALES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA EN TODA RELACIÓN ENTRE ODONTÓLOGO Y PACIENTE

3.1.1 La entrevista

Martínez y Lonngi (1989) aseguran que cuando el paciente llega por primera vez al consultorio dental, lo primero que va a observar es el trato del profesional hacia él, así éste se hará una idea de la relación que podrá existir entre odontólogo-paciente, podrá o no poner alguna barrera o dará confianza al odontólogo. Para estos autores la entrevista inicial es el principio de todos los éxitos profesionales. En esta coinciden Cinotti y Grieder (1970) para

quienes la primera impresión que el paciente tenga del odontólogo puede ser duradera, si se muestra un interés genuino por su bienestar.

Grieder (1970) aconseja que antes de comenzar la entrevista formal es conveniente acercarse al paciente con una sonrisa cálida y sincera, repetir su nombre con convicción, es decir, personalizar al paciente para hacerlo sentir único y no un paciente más, extenderle la mano al momento de saludarlo (ej. "Sr. ..., es un gusto conocerlo. Por favor, siéntese aquí y póngase cómodo"). El ser atento con el paciente nos ayudará a ganar su confianza. Crearle la sensación de que su bienestar es lo más importante para el odontólogo, lo hará sentirse en buenas manos.

Después de haber entablado una charla común para hacer a un lado la barrera inicial de dos desconocidos, se procede a explorar el motivo de la consulta haciéndole una pregunta como: "¿ en qué puedo serle útil, Sr. ...?"

Para poder sugerir eficientemente un plan de tratamiento hay que saber escuchar con toda atención los deseos, necesidades, problemas y esperanzas, sentimientos y motivaciones del paciente. Cinotti (1970) opina que como la mayoría de las personas está más interesada en sí misma (sus propios triunfos y problemas), al ser escuchadas, se sentirán halagadas. Nunca hay que olvidar que: "el odontólogo no debe perder de vista, que está tratando con una persona que tiene problemas dentarios y no sólo problemas dentarios de una persona" (Lonngi, 1989, p. 32) .Con un lenguaje llano, claro y honesto se debe explicar al paciente lo que se puede hacer por él, así como la forma y método con que se pretende lograrlo.

Una vez que se ha roto el hielo, que el paciente se siente cómodo, y que el odontólogo sabe porque está ahí el paciente; se procederá a recabar la historia clínica con todo detalle. Por último y antes de empezar con el

tratamiento es importante que el profesional fije, de común acuerdo, las bases y expectativas de sus futuros encuentros; las "reglas del juego" se dirán concisa y francamente.

Una buena entrevista preservará el óptimo ambiente emocional en la relación terapéutica. Por al contrario, la adulación, la seducción, el "caer bien" y hacerse el "simpático" ante los pacientes, son pobres e ineficaces instrumentos para encuadrar favorablemente la relación interpersonal profesional (Cinotti, 1970).

Para Martínez (1989) una relación odontólogo-paciente tendrá que ser seria (no solemne), respetuosa (no distante), autónoma (no dependiente) y duradera (no condicionada).

Algunos puntos importantes que no deben olvidarse tomar en cuenta en la primer cita son:

- ✓ Saludar al paciente con una sonrisa sincera.
- ✓ Recordar el nombre del paciente.
- ✓ Ser suave durante la exploración de la boca.
- ✓ Decir algo amable al terminar de examinar los dientes.
- ✓ No hacer comentarios despectivos sobre el estado de la boca.
- ✓ Utilizar palabras que sugieran relajación y creen confianza.

3.1.2 El Ambiente Odontológico

El ambiente odontológico se define claramente por la organización general de un consultorio. Los factores fisiológicos y psicológicos propiciarán o exacerbarán las reacciones del individuo ante cualquier situación (real o

inconsciente), que para cada persona suscita una percepción de amenaza. Lo que una persona considera como una situación conflictiva o amenazante no lo será para otra.

Debido a discrepancias en experiencias, perspectivas, creencias, valores, actitudes, los factores tensores son en nuestras vidas una expresión única de lo que somos en un momento dado y es aquí donde está el problema para entender nuestra propia tensión y la de los demás y, específicamente, de manejarla de manera constructiva. Gran parte de la tensión generada y experimentada en el ambiente odontológico puede prevenirse, conociendo los factores generadores de tensión. En seguida se detallan algunos de estos:

- *Los Factores Físico-Ambientales* : temperatura, ruidos fuertes o agudos, contaminación del aire, el equipo que funciona mal, iluminación insuficiente, instalaciones defectuosas.
- *Presiones del Tiempo*: citas que rebasan horarios establecidos, interrupciones y retrasos por llamadas telefónicas o visitas, cancelación de citas, pacientes que no acuden a las visitas, urgencias, entre otros.
- *Los factores Psicológicos*: en relación al trato del paciente problema, que puede ser agobiante y conflictivo lo cual obliga a abarcar más tiempo en la consulta de lo que se había pensado. Estas reacciones pueden provocar efectos conductuales, como desempeño reducido, ausentismo, lentitud y cambios de trabajo.

Martínez y Lonngi (1989) sostienen que el consultorio debe ser lo suficientemente atractivo para agradar a muchos, sin llegar a ofender a

nadie. La apariencia de éste deberá ser el reflejo físico de la personalidad del odontólogo, sin falsas pretensiones y de acuerdo a sus gustos y comodidades y no sólo a las de los pacientes.

Por otra parte, Cinotti y Grieder (1970) señalan que los analistas motivacionales sugieren que los consultorios odontológicos sean decorados para agradar a las mujeres. El interior del consultorio debe crear un sentimiento de calidez y de tranquilidad. Puesto que las mujeres tienen una innata preferencia por la belleza, la gracia, el estilo, estos debieran ser la base para la decoración de un consultorio. Este atractivo por lo esencialmente "femenino" es lógico por varias razones: las mujeres constituyen la mayoría de la clientela, y, por su parte, los hombres aprendieron adaptarse a las decoraciones elegidas por sus mujeres en sus hogares, aunque son menos sensibles que ellas al medio. El consultorio debe parecer que invita, saluda y luego alienta al paciente al decirle: "entre, aquí será bienvenido y estará seguro".

Cinotti y Grieder, (1970), describen aspectos no menos importantes acerca de las características óptimas en un consultorio:

- **La entrada.** Si fuera posible, el consultorio dental debiera contar con una entrada separada de la sala de espera. La entrada no necesita ser grande, debiera estar decorada en forma sencilla y fácil de limpiar. El piso debiera ser de materia duradero y fácil limpieza. La decoración no debe ser llamativa, sino ligera y brillante. Como la sala será pequeña en la mayoría de los casos, el color debe ser bastante brillante como para dar al paciente la sensación de libertad y espacio. Una sala pequeña con paredes oscuras induce claustrofobia.

- **La sala de espera.** El propósito de la sala de espera es que los pacientes estén cómodos. Psicológicamente, debiera dar al paciente la impresión de seguridad y especialidad. Debe alentar la relajación, porque esta será beneficiosa para el paciente y el odontólogo. Una sala de espera con la gente amontonada tiende a crear tensiones y ansiedades en los pacientes. Jamás se deberá permitir que una persona aguarde de pie hasta que haya un asiento disponible, esto puede ser desastroso, es por lo menos, descortés. La actitud del paciente ante la sala de espera se verá necesariamente afectada por las siguientes características: limpieza, cuadros y otros atractivos visuales. Éstos últimos sugieren gracias y tranquilidad, absorben la atención del paciente y lo relajan, al mismo tiempo le impiden aburrirse. La lectura es, para muchas personas, la mejor forma de relajación, de modo que se sugiere un amplio surtido de revistas. Se debe evitar los libros en la sala de espera, porque el paciente no podrá terminar la lectura y tendrá que dejarla en el momento que más le interesaba. Mantener las revistas al día, las ilustradas son mejores, pues pueden ser hojeadas sin esfuerzo mental y rápidamente. La iluminación de la sala de espera debe ser amortiguada: suficiente para leer, pero no tanto como para trabajar con ella. Se debe contar con luces indirectas o lámparas, los sillones no deben de ser ni duros ni incómodos. La sala de espera bien organizada contará con música y con algunas plantas.
- **Recepción del paciente.** La recepción del paciente será de preferencia en forma personal por un asistente o por el mismo odontólogo. Si el paciente será visto por el odontólogo inmediatamente o si deberá esperar algunos minutos, en ambos casos debe ser saludado tan pronto como llegue; entonces sabrá que el odontólogo lo espera. A continuación se enlistaran algunas sugerencias sobre el (la) asistente:

1. Su aspecto debe ser limpio.
2. Saludar al paciente con una sonrisa y sincera.
3. Conocer el nombre de cada paciente.
4. Saludar a los pacientes tan pronto como lleguen.
5. Explicar cualquier demora inesperada del odontólogo.
6. Procurar que los pacientes se sientan cómodos.
7. Atender al paciente en caso de que este deba esperar para su consulta.

Estos lineamientos, seguidos a conciencia, reflejarán la actitud del odontólogo hacia sus pacientes.

- **Consultorio.** Como el paciente se siente ansioso (lo que es comprensible), el lugar debe sugerir calma. El consultorio no debe ser grande. Las habitaciones grandes no sólo son inadecuadas para el trabajo en estrecha colaboración, sino que además son abrumadoras a los ojos de los pacientes. Pierden toda sensación de seguridad en una sala tan desproporcionadamente grande para trabajo tan minucioso. El consultorio debe estar pintado con colores claros. Se debe evitar el blanco directo, que solo despierta la sensación aséptica que deseamos borrar, al igual que evitar los colores oscuros que reducen la buena visión y dan sensación de confinamiento. La mayoría de los pacientes (hasta los niños) prefieren estar en privado, y se debe de respetar ese sentimiento. Lo que un paciente tiene que decir a su dentista no es cosa que deba escuchar por otros pacientes. Ni le agrada a un paciente que otros pasen y vean sus dentaduras sobre la mesa. La puerta cerrada asegura al paciente el ambiente privado que aprecia y necesita. El consultorio debe expresar la personalidad del odontólogo tanto como la dignidad de su profesión.

- **Psicología aplicada a la decoración y a los accesorios del consultorio.**

Los detalles o accesorios decorativos pueden motivar al paciente de muchas maneras significativas. El paciente puede captar la competencia profesional tan pronto como entra al consultorio, aún cuando no pueda juzgarla al retirarse. Es probable que casi todos supongan que el odontólogo que hace un esfuerzo por arreglar y decorar el consultorio adecuadamente, con seguridad se habrá tomado los mismo cuidados por aumentar sus conocimientos y habilidad como odontólogo. A continuación algunos tips para la decoración del consultorio:

- ✓ **Psicología del Color.** Existe una comprensión general de los efectos psicológicos del color los cuales ya han sido usados deliberadamente para determinar ciertos tipos de conducta. Los colores pueden relajar, estimular o deprimir a los pacientes. En odontología, nos interesa en particular la creación de una atmósfera de relajación. Sabemos que los pacientes que se sientan en estado de relajación aceptarán la odontología con mayor facilidad y complacencia que los irritados y sensibles. Los colores de la sala de espera deben denotar calidez y relajación. Deben ser tonos moderados, ni demasiado brillantes y chocantes, ni demasiado claros e indiferentes. Las paredes deben armonizar con el piso, sillones y cortinas. Se debe evitar que los colores se contrapongan exageradamente, pues ello resultaría objetable para el ojo y la mente. Como las paredes abarcan las superficies más amplias, su tono y color deben ser moderados. Uno de los fenómenos más interesantes relacionados con color es el efecto sobre la percepción de la temperatura. Por ejemplo, una persona sentada en una habitación en donde se destaca el verde y el azul sentirá más fría una temperatura media de 22 grados, que la persona ubicada en una habitación donde

predominen los naranjas, pardos y amarillos. Los consultorios modernos por lo tanto, utilizan cortinas multicolores y colores brillantes, alegres y cálidos. Los colores del consultorio mismo deben ser de tonos pastel. Los tonos pastel de los colores cálidos conducen a la relajación, estado placentero y reflejo de la luz que aumentará la eficiencia. El color de las paredes de un consultorio dental puede crear una actitud mental tranquila y sosegada mientras el paciente aguarda o puede excitarlo a tal punto que no aprecie debidamente el consejo o el tratamiento brindados. Tener cuidado de no utilizar colores fuertes y chillones en el consultorio, tales como los rojos brillantes, amarillos y hasta algunos verdes. Los colores neutrales y pastosos, como los tostados, "beige" y azules ofrecen una impresión de amistad y cordialidad la cual se debe crear.

- ✓ **Diplomas.** Los diplomas muestran al paciente, en forma bien concreta, cual ha sido su campo de mayor adiestramiento y capacitación. Deben estar bien montados en marcos adecuados y ser desplegados discretamente, pero a la vista. Los títulos y certificados pueden tranquilizar al paciente, pues implican un extenso adiestramiento y competencia. Algunos odontólogos colocan sus diplomas en zonas bien accesibles, donde pueden ser observados de cerca, como la sala de espera. Otros prefieren una pared del consultorio. Ambos lugares tiene ventajas y desventajas. En un último análisis, la decisión probablemente está basada sobre el punto de vista decorativo, donde quede mejor.

- ✓ **Iluminación.** Al planear la iluminación, la consideración principal será contar con la luz adecuada para la actividad que se realizará. En general la luz natural ha demostrado ser la más eficiente. Naturalmente, no siempre es posible contar con ella y cada ámbito deberá poseer la iluminación adecuada para sus necesidades. El consultorio tendrá una luz más intensa que la sala de espera, que se usa sólo para la lectura y la

relajación. En todas la zonas de trabajo es necesario eliminar el resplandor y las sombras y contar con la intensidad suficiente.

- ✓ **Los Sonidos.** Hay sonidos que son frecuentes en el consultorio odontológico y que deben ser eliminados. El silbido de la turbina de alta velocidad, se encuentra entre los más perturbadores. También molestan las bocinas de los automóviles, los ocasionales enfrenones y otros ruidos del tránsito callejero, estas clases de ruido deben ser eliminados. Una opción es opacarlos música. La música como silenciadora de otros ruidos representa su aplicación psicológica más rudimentaria. Para un efecto más pleno y beneficioso, ésta debe ser elegida acorde a las necesidades particulares de cada paciente pues la música sola no es una panacea. Sólo podrá calmarlo si se respetan sus gustos musicales. La selección de la música apropiada no tiene porque estar siempre de acuerdo con la edad el paciente. A veces será más importante el estado de ánimo en que se encuentre. La persona para la cual es más fácil elegir la música es el paciente normal, el que llega sin ninguna perturbación especial. Es mejor dejarlo que elija su propia música. El paciente deprimido requiere música estimulante, sus temores pueden ser acallados con la levedad de la música. Los pacientes llegan con temores innumerables e indescriptibles, y la música puede llegar muy lejos en la eliminación o alivio de esos temores.

- ✓ **Limpieza del Consultorio.** Psicológicamente, los pacientes tienen ideas y escrúpulos definidos sobre los objetos que entran en su boca. Aún cuando estuvieran estériles, pueden crear un sentimiento indeseable si el paciente los ve manchados o descoloridos. Si bien se sabe sobre su esterilidad, el paciente, que no está familiarizado con las técnicas de esterilización, puede pensar que no están limpios. Es muy aconsejable la revisión periódica del aspecto de los instrumentos Al término de cada

atención, el equipo utilizado deberá ser limpiado. El braquet tendrá que despejarse al sentarse el paciente y los instrumentos de examen nuevos deberán ser colocados después. Esto elimina cualquier posibilidad de que el paciente se pregunte si habrán sido usados para el paciente anterior. El uniforme del odontólogo y de su asistente tiene que estar limpio y bien planchados, durante todo el día. Si el uniforme llegase a mancharse será necesario cambiarlo antes de atender al siguiente paciente, aún cuando sea el último del día. Una de las peores cosas que puede comunicar el paciente es que el doctor tenga un aspecto antihigiénico. Esto denota descuido en el ejercicio profesional. Se deberá tener cuidado que el paciente no observe instrumental ensangrentado utilizado en él mismo, con esto se evitara angustiar al paciente.

3.1.3 Personalidad del Odontólogo

De acuerdo con Martínez y Lonngi (1989) la personalidad del odontólogo debe ser incluida cuando se trata de evaluar e investigar aspectos relativos a la consecución de logros o fracasos como resultado de la intervención odontológica, ya que esta además de implicar una relación formal, de tipo profesional, entre odontólogo y paciente. Incluye variables propias de toda relación humana; en tanto se encuentra inmersa dentro del campo de las relaciones interpersonales formales. Del manejo de esta relación depende la obtención de resultados a nivel técnico. Así es imprescindible que el odontólogo, como cualquier otro especialista, incluya los aspectos de su personalidad en la relación odontólogo-paciente. Las siguientes son algunas de las modalidades y cualidades de la personalidad que el odontólogo debe manejar y conocer de sí mismo, para que su valoración le permita medir el peso específico que estas pudieran estar ejerciendo en su práctica profesional:

- **Tolerancia a la frustración:** ejemplo: el paciente puede no estar siguiendo adecuadamente sus indicaciones y, además, esto puede ser persistente durante el proceso. La paciencia y la tolerancia que el odontólogo muestre hacia el paciente, pueden ir provocando un cambio gradual de conducta en el paciente.
- **Tolerancia a la agresión:** ejemplo: el paciente puede mostrar una marcada tendencia a manejarse agresivamente, ya sea con su modalidad pasiva, o en la activa. La seguridad y confianza que el odontólogo tenga en sí mismo, le permitirá entender y manejar la agresión de sus pacientes. Esta puede irse modificando si el profesional aprende a manejarla adecuadamente.
- **Tolerancia a la demora:** capacidad de saber esperar.
- **Reconocimiento y control de sus rasgos psicopáticos:** reconocer la propia capacidad de mentir, manipular, controlar, abusar, fingir, falsear, timar, etcétera para poder controlarlo.
- **Reconocimiento y control de sus carencias afectivas:** la envidia, el odio, la agresión, el abandono, las pérdidas emocionales, etcétera que cada quién contiene dentro de sí, se denominan: carencias afectivas. De acuerdo a las posibilidades de cada quién, estas carencias conferirán su propio sello a la personalidad de quién se trate. Del adecuado manejo, elaboración y sublimación, que él odontólogo pueda realizar de éstas dependerá el manejo de las mismas que se observen en sus pacientes.

3.1.4 Aspectos Psicológicos y Culturales

Mucho se ha dicho y escrito de la relación médico-paciente, generalmente este tipo de información la proporcionan los médicos que ya han tenido muchos años de ejercicio profesional y es el resultado final y filosófico de su experiencia en los diversos campos de la medicina y de sus múltiples contactos con pacientes con muy diversos tratamientos. Como resultado de estas reflexiones se ha observado que existe una marcada carencia de conocimientos de los factores psicológicos y socioculturales implicados en la práctica de la medicina. Desafortunadamente estos conocimientos se han hecho privativos únicamente para psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas y psicoterapeutas. Entre los especialistas que se han visto afectados por la carencia en el manejo de este tipo de conocimientos esta el odontólogo. Algunas de las disfunciones, derivadas de esta carencia, que se encuentran en la relación odontólogo y paciente son las siguientes:

- Se puede definir que la **relación** que se ha establecido es **tipo complementario rígido**, esto significa que entre el odontólogo y el paciente existe una relación vertical y jerárquica en la que al paciente se le coloca abajo y el odontólogo se ubica en la parte superior o de más poder de la interacción. Cuando el paciente trata de establecer una **relación de tipo simétrico-igualatorio** no se le permite, apareciendo toda una **escalada de asimetrías rígidas** donde se expresan la indiferencia, la frialdad, el rechazo, el enojo, la ira, la rabia, la frustración por parte del prestador del odontólogo (Guadarrama, 1997).
- Cuando el paciente requiere de la atención de un especialista complementariamente a la atención que recibe por parte del odontólogo, en ocasiones se **conforma un triángulo** en el que surge una amplia

gama de **desacuerdos abiertos o encubiertos** entre ambos odontólogos, respecto a cual es el mejor tratamiento para el paciente. Lo anterior se traduce en confusión, enojo y frustración para el paciente quien queda atrapado entre dos fuegos.

- Un tercer aspecto que resulta de suma importancia tomar en cuenta es el hecho de que cuando un paciente llega a solicitar atención odontológica, por lo general su arribo va **acompañado de una historia**, la más de las veces hasta novelada de sus relaciones que ha tenido con experiencias anteriores en algún consultorio dental. A su vez entre pacientes se transmiten unos a otros una serie de mitos y creencias que les sirven para defenderse y protegerse de la relación que establecen con el profesional de la salud. Estos **mitos** pueden ser de dos tipos: que los dentistas son malos, no prestan atención adecuada, que son intrusivos porque a veces les hacen tratamientos sin su consentimiento expreso y que a lo mejor no eran tan necesarios, que con frecuencia se equivocan y llegan a dejar peor de lo que estaban, pocas veces llegan a mencionar que los servicios son buenos; con todo esto, algunos pacientes muestran poca disposición y otros muestran hostilidad y rechazo tanto a los servicios que se les otorgan como hacia el propio odontólogo.
- Cuando al paciente se le cambia repentinamente de odontólogo para seguir el tratamiento, esto necesariamente tiene que alterar las interacciones que se estaban dando; no es raro que se cree confusión, desconcierto y hasta ironía entre los pacientes.
- En ocasiones el odontólogo privilegia o sobrevalora "el caso clínico", que presenta su paciente y se olvida del paciente como persona, perdiendo de vista sus sentimientos y despersonalizándolo.

El no tomar en cuenta los aspectos antes mencionados ha conducido a que cada vez sea más frecuente observar crisis en las relaciones interpersonales que se han establecido entre el odontólogo y el propio paciente; estas relaciones se han venido deteriorando de una manera significativa por la sobre carga de las emociones que se suscitan entre ambos personajes, las cuales no están siendo tomadas en cuenta ni adecuadamente manejadas por los odontólogos. A fin de tratar de evitar este tipo de disfunciones en la relación odontólogo-paciente, no se debe de perder de vista lo importante que es mantener una relación armónica con el paciente, lo cual sólo será posible si se estimula una buena comunicación y se concibe al paciente como un ser humano íntegro; quien se va a ver beneficiado al tomar en cuenta sus emociones y su contexto social a la par del motivo clínico que lo llevó al consultorio. Desafortunadamente pocos odontólogos le dan importancia a la relación que debe de existir entre el doctor y el paciente y es por eso que algunos de los tratamientos realizados no llegan a un éxito total, por la falta de comunicación.

Lawrence (1986) señala que la relación doctor-paciente tiene múltiples facetas, entre ellas la satisfacción del paciente, las comunicaciones, el cumplimiento por parte del paciente (siguiendo las indicaciones del odontólogo), su colaboración, su educación, las interacciones psicológicas, la práctica negligente y todas las relaciones entre ambos. Para Bishop (en Lawrence 1986) las interacciones éntre dentista y paciente que implican comprensión mutua y que afectan la satisfacción y cumplimiento del paciente son dos aspectos de la calidad. Así pues, por una parte están el interés y la preocupación del dentista por el paciente y su salud, y por otra, la seguridad y la confianza del paciente en los conocimientos y habilidad técnica del dentista.

Se debe tomar en cuenta que cada paciente nuevo es totalmente diferente a todos los pacientes atendidos anteriormente en el consultorio dental, aún cuando se realice el mismo plan de tratamiento, es por eso que se le deben proporcionar cuidado y atenciones individualizadas y de alta calidad, así como el paciente debe de colaborar proporcionando información médica exacta, acudir a sus citas puntualmente y seguir las instrucciones específicas que el odontólogo le indique. Hay que resaltar que el no seguir las indicaciones puede afectar directamente la calidad del tratamiento que se está llevando a cabo. El odontólogo también debe de tener su responsabilidad con el paciente para que no exista tensión en el propio consultorio.

Por último, vale la pena recordar lo señalado por Michael Ballint (psicoanalista húngaro) respecto a que el mejor medicamento que se puede administrar a un paciente es el propio médico. De este vínculo depende el éxito del tratamiento.

3.2 ASPECTOS QUE SE DEBEN DE TOMAR EN CUENTA EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE GERIÁTRICO

El odontogeriatra debe de realizar una historia clínica minuciosa en donde no solamente se obtengan datos médicos y odontológicos, sino también sus vivencias, experiencias en consultorios anteriores y todo lo demás que el paciente llegue a manifestar. Esto servirá para realizar un plan de tratamiento personalizado de acuerdo a las necesidades del paciente. De esta manera se podrá brindar a los pacientes lo que ellos necesitan, no lo que nosotros creemos que necesitan.

El odontólogo necesita conocer bien a sus pacientes, esto no significa conocer sólo su boca sino implica tratarlo como persona íntegra, considerando los cambios físicos, emocionales, afectivos, intelectuales y sociales que aparecen durante cada etapa de su vida. El conocimiento de todos estos factores es de primordial importancia para una óptima relación odontólogo-paciente, relación que deberá ser de mutua participación ya que la respuesta, por parte de él, será más favorable cuanto más se sienta involucrado en su propio tratamiento. Así mismo es que teniendo en cuenta los cambios que se presentan en el paciente geriátrico ya referidos en el capítulo 2, es que a lo largo de éste resaltarán algunos aspectos que deberán considerarse durante su tratamiento odontológico.

3.2.1 Atención a aspectos psicológicos

Es recomendable que en la historia clínica se encuentre presente un familiar del paciente geriátrico, ya que muchos de los pacientes tienen problemas de memoria y no llegan a recordar datos importantes para el odontólogo. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado de no hacer sentir con esto al paciente que se ve como incapacitado para referir por sí mismo datos acerca de su vida y/o padecimientos, más bien hay que enfocarlo como una ayuda que servirá para precisar datos aportados por el (la) anciano(a).

Volviendo a la historia clínica, es mejor realizar preguntas que impliquen respuestas abiertas, así se evitaban contestaciones que sólo se queden en un sí o un no. Las preguntas abiertas permiten que el paciente se exprese. Mientras el paciente está relatando algo, el odontólogo debe tratar de evitar interrumpirlo constantemente a fin de que no pierda el hilo de lo que nos está contando. Así el odontólogo se debe concretar a estimularlo con lenguaje no verbal (atención con movimientos de cabeza afirmativos, gestos que lo

aprueben a continuar su relato) e ir anotando lo que considere relevante para la historia clínica y el posterior tratamiento. Cuando el paciente termine de hablar el odontólogo puede pedirle que precise algunos datos que hayan quedado vagos.

Es muy importante permitir que el paciente geriátrico hable de sus miedos y experiencias anteriores, todo esto sin hacerle falsas promesas para tranquilizarlo demasiado rápido. Tampoco hay que involucrarse mucho en sus problemas más bien dejarlos exteriorizar lo que sienten. Todo esto irá disminuyendo sus temores y hará sentir al paciente la seriedad del profesional, lo cual redundará en el éxito del tratamiento.

El siguiente ejemplo invita a reflexionar en la importancia de mostrar el mismo esmero que se le brinda a cualquier otro paciente o paciente geriátrico aún cuando ya está cercana su muerte; la doctora Julia Harfin comenta el caso de una señora con cáncer terminal a la que le daban cuatro meses de vida. Dicha señora había acudido a su consultorio hacia un tiempo atrás para solicitar que se le hiciera un tratamiento de ortodoncia. Después de consultar con el médico la doctora Harfin tomo la decisión de iniciarlo. Ante este hecho, y viendo todo el trabajo que llevaba el armado de la aparatología, pensó que si se tomaban tantas molestias era porque ella todavía no estaba por morir. Vivió cuatro años más. Casos como este existen muchos, es por eso que tiene gran importancia hacer conciencia de que un paciente geriátrico tiene todos los derechos de recibir la misma atención como lo tiene un niño o adolescente.

El odontólogo debería tener algunos conocimientos médicos y psicológicos. No se trata de ser un psicólogo con todas las facultades, sino de tener los conocimientos prácticos de psicología, lo necesario para poder entender a sus pacientes, por lo menos para tener una buena relación odontólogo-

paciente; que los mismos pacientes perciban que los comprendemos, que entendemos sus temores.

3.2.2 Atención a Aspectos Físicos

- Debido a la **postura encorvada** que los pacientes geriátricos van adquiriendo con el paso del tiempo, es necesario disminuir el tiempo de la cita en el consultorio dental, esto para evitar incomodidad y cansancio en el paciente por la forma que generalmente presenta el sillón dental.

Se debe de tomar en cuenta que en tanto el lenguaje verbal como el corporal es de vital importancia expresando la cordialidad y el afecto.

- El **contacto con la piel**, es un buen estímulo para romper el hielo entre odontólogo-paciente, es decir, basta con saludarlos con la mano, un abrazo o hasta quizá un beso en la mejilla, como se hace con las demás personas. Mostrarse cálido con el paciente geriátrico es especialmente importante ya que es frecuente que padezca carencia de afecto o aislamiento.
- En caso de que la **capacidad auditiva** del paciente se encuentre disminuida es importante hablarle al paciente deliberadamente frente a frente y con movimientos labiales exagerados, para que puedan usar la lectura de los labios como audición suplementaria. Se debe tomar en cuenta que al excluirlos de una plática general en donde él puede opinar, puede inducirle un sentimiento de aislamiento, es por eso que los sordos tienden a la sospecha e introversión, y a veces hasta la paranoia. (Bates, 1986).

- Los pacientes geriátricos no refieren dolor al igual que los jóvenes, ya que **el umbral del dolor está disminuído**, pero no por eso se realizarán tratamientos agresivos y molestos. Por el contrario hay que tener más cuidado para no lastimar al anciano durante el tratamiento. De esta manera se podrán evitar temores y miedos en consultas posteriores.
- Se debe **asegurar de que el consultorio tenga una temperatura adecuada** para que el paciente esté lo más cómodo posible. En estas circunstancias es mucho más probable que se relajen.
- El fin de un tratamiento dental no solo es simplemente la estética, también se debe de cumplir con **una buena funcionalidad para el sistema estomatognático**, es decir, restablecer en gran medida la cavidad oral a beneficio y así evitando complicaciones posteriores resultado de una mala digestión.

3.2.3 Atención a Aspectos Sociales

- El lugar donde se está trabajando, en este caso el consultorio, es la imagen que se proyecta al paciente y éste se formará una idea de cómo es el odontólogo.
- Otro factor de importancia es respetar el día y horario de la cita. El paciente deberá tener la seguridad de que ese turno es de él. Esto es especialmente importante en el caso del paciente geriátrico si se toma en cuenta la dificultad que muchas veces le representa desplazarse de su casa hasta el consultorio.

- Para dar una óptima atención al paciente geriátrico es importante que el odontólogo se mantenga en contacto con un equipo interdisciplinario de profesionistas como lo pueden ser un médico geriatra, un psicólogo, un psiquiatra, un nutriólogo o algún otro que se requiera en caso particular. El contar con diagnósticos, pronósticos y tratamientos de distintos especialistas será de gran utilidad al odontólogo para tomar decisiones integrales en beneficio de la salud del paciente geriatra.
- Hoy en día los pacientes geriátricos hacen lo posible para tratar de conservar su juventud, manteniendo su imagen lo menos vieja posible, negando el paso de los años y tomando infinidad de cosas que ofrece ahora la ciencia y el mercado, por esto cada vez es más común que vaya en aumento la población geriátrica que llegue al consultorio y que no se resigna tan fácilmente a perder totalmente su dentadura. Otros prefieren evitar tratamientos largos y complejos aunque su economía lo permita ya que piensan que lo poco que les queda de valioso lo quieren aprovechar en otras cosas y no terminarlo o dejarlo en un consultorio. También puede suceder que el odontólogo tenga prejuicios hacia los pacientes geriátricos, pensando de antemano que no tiene caso realizarles tratamientos complejos y largos, aludidos por el poco tiempo que van a vivir, desvalorizándolos como seres humanos íntegros.
- Una de las cosas que se saben por experiencia es que hay pacientes, que asisten al consultorio sólo para ser escuchados y que sus opiniones sean tomadas en cuenta. Esto ocurre de manera especial entre la población de pacientes geriátricos, ya que no es raro que durante esa etapa de su vida sean poco escuchados y valorados aún dentro de la

familia. Estos pacientes necesitan de alguien que les dedique tiempo, que se les brinde afecto, pero con respeto para no caer en la lástima.

- A veces no es fácil que el paciente muestre apertura desde la primer consulta, ésta se irá dando poco a poco, una vez alcanzado este objetivo el paciente pierde sus temores y se podrá atenderlo con una gran colaboración de su parte. Al hablar de su temor hacia la consulta dental, no es tanto porque les preocupe el dolor, ellos ya lo conocen en sus experiencias anteriores en el consultorio dental, lo que les preocupa el más es el ser aceptados ya que por lo general son personas con grandes heridas narcisistas.
- Inconscientemente el odontólogo puede ver proyectado su futuro en un paciente geriátrico, en cuanto al estado físico y emocional en que se encontrará en algunos o muchos años más, pero existe la defensa de negación por no aceptar esta realidad y no preocuparse con anticipación y prefiere esperar a que llegue ese momento o bien puede rechazar o mostrarse hostil hacia el anciano como una manera de negar la proyección futura de su propia vejez.

Lo que el odontólogo no se ha dado cuenta, es que si existe una empatía hacia el paciente, esto le ayudará al odontólogo a prepararse para esta etapa de la vida.

Por todo lo mencionado en este capítulo es imprescindible que el odontólogo conozca las características de pacientes geriátricos así como sus necesidades, tanto físicas como emocionales. De allí la fundamental importancia de esta especialidad, la *odontogeriatría* (en red: <http://odontogeriatría.elabuelo.com.ar/>).

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Durante la realización de este trabajo, se pudo tomar conciencia de que el paciente geriátrico presenta un deterioro físico-intelectual el cual va a ser mayor o menor dependiendo, en gran medida, de tres factores: la genética, las condiciones ambientales y el estilo de vida que se ha llevado durante la vida. Al respecto, debemos señalar que este último factor es fundamental, puesto que es el único que podemos manipular para alcanzar una vejez saludable. En este sentido, es importante destacar el esfuerzo que están realizando algunas instancias gubernamentales y privadas con el objetivo de que el incremento de edad, con la ayuda de los adelantos científicos y médicos, sea consecuente con la calidad de vida.

A este respecto, debemos enfatizar que en nuestro país, en especial en el Distrito federal, se han implementado programas interdisciplinarios (INSEN)¹ especialmente dedicados al adulto mayor buscando, como objetivo principal, su desarrollo físico, psicológico, social y afectivo, para lo cual desarrollan diversas actividades tendientes a este logro. De modo que le permita al adulto mayor sentirse más integrado, valorado, aceptado y útil en esta sociedad, aumentando así su autoestima. Este tipo de programa permite observar al anciano con una perspectiva diferente en la sociedad, y a la vez, permite a los más jóvenes cambiar la perspectiva tradicional acerca de esta etapa de la vida. Además, este trabajo me permitió darme cuenta de la gran contribución del adulto mayor en diferentes aspectos de la sociedad, como

¹ Instituto Nacional para la Senectud.

es el caso de las voluntarias que trabajan en hospitales, hogares de ancianos, entre otros, cuyo aporte está impregnado de afectividad, entrega y energía. Ha sido gratificante percatarse que el desarrollo humano no culmina sino hasta que se exhala el último suspiro, acabando así el aprendizaje y la entrega de conocimiento.

Existe una variedad de necesidades en el ser humano y a cada tipo corresponde una tendencia que busca aliviar la atención, a través de la satisfacción de la necesidad para alcanzar el bienestar físico, mental, biológico y social. En las sociedades humanas, la existencia de clases sociales, implica la existencia a su vez de necesidades diferentes para los diversos grupos.

Respecto al trato que debe existir entre el odontólogo y el paciente geriátrico, éste debe ser digno, respetuoso y por igual, evitando practicas de abuso, mentiras o engaños por la ingenuidad que llega existir entre estos pacientes; la práctica tiene que ser regida por normas de justicia, honradez, lealtad, igualdad e integridad que se llevarán acabo por medio de la actualización y el estudio constante, es decir, no atender a pacientes que requieran conocimientos especializados de los que se carezcan. Así mismo, no anteponerse de títulos académicos ó especialidades que no se posean.

Debido a que durante la edad avanzada se es más susceptible a contraer algún tipo de infección es muy importante llevar un estricto manejo en la higiene dentro del consultorio.

La relación odontólogo-paciente debe estar basada en confianza y comunicación abierta, no hay que olvidar que tenemos deberes con los pacientes para que ésta relación pueda funcionar adecuadamente; como lo es la organización previa del horario de recepción y programación de citas

para que al paciente no se le haga perder tiempo, las citas deben ser efectivas, es decir, en cada cita tiene que haber avance en el tratamiento para no prolongarlo más de lo estimado. El paciente geriatra tiene derecho a conocer lo que es el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, al igual que sus beneficios y riesgos; si es necesario se debe permitir la interconsulta con algún especialista u otra opinión para obtener un mejor plan de tratamiento.

Las explicaciones que se le dan al paciente deben ser claras y completas, hablándole con un lenguaje cotidiano y no con tecnicismos, esto a fin de que el paciente entienda lo que se le va a realizar en el tratamiento. No hay que engañar al paciente sobre materiales y tratamientos que no se emplearán, al cometer iatrogenias se debe ser sincero con el paciente para resolverla inmediatamente y finalmente hay que valorar equilibradamente lo que es la estética y funcionalidad del sistema estomatognático.

Para finalizar es necesario apuntar que el haber realizado la presente revisión bibliografía me fue muy útil para darme cuenta de la importancia que tiene establecer una relación no de médico a paciente, sino entre dos humanos que se verán beneficiados de diferente manera al dar o recibir atención, según sea el caso, o determinado problema odontológico. Así mismo pude valorar la importancia de conocer las distintas características (físicas, psicológicas y bucodentales) propias del paciente geriátrico a fin de tomarlos en cuenta dentro de la atención que se le brinde en el consultorio dental. Los conocimientos que nos aporta la *odontogeriatría* son importantes no sólo para los especialistas de dicha área sino para todo odontólogo que pretenda valorar integralmente a las personas de la tercera edad y que busque contribuir a su calidad de vida.

GLOSARIO

- **Acinares.** De acino. Unidad funcional para la secreción de proteína y mucina. Se aplica este vocablo en conexión con las células secretoras de las glándulas salivales.
- **Adrenalina.** Producto de la secreción interna de las glándulas suprarrenales.
- **Afasia.** Trastorno en la facultad de expresarse por medio de la palabra (oral o escrita), o de comprender el lenguaje hablado o escrito.
- **Alveolar.** 1. Relativo al alvéolo. 2. Dícese de ciertas arterias del maxilar superior.
- **Amilasa.** Enzima que actúa sobre el almidón y lo transforma en maltosa y dextrina. Se encuentra como fermento en la saliva, en la secreción pancreática principalmente.
- **Apical.** Relativo al extremo de un órgano o un ápice.
- **Arcada.** Estructura anatómica integrada por una serie de arcos, como los arteriales anastomosados en ciertos vasos.
- **Articulación temporomandibular.** La configurada por la cabeza de ambos cóndilos mandibulares deslizándose en la cavidad glenoidea, en la porción escamosa del hueso temporal.
- **Asialia.** Marcada disminución de la secreción de saliva, acompañada de intensa sensación de sequedad en la boca y faringe.
- **Atrición.** Lesión adquirida por desgaste progresivo de los dientes, lo que provoca una pérdida de su estructura.
- **Atrofia.** Disminución del volumen de un tejido, órgano, parte o células que habían alcanzado un desarrollo normal, por defectos de nutrición.
- **Basal.** Perteneciente a una base o ubicado en su adyacencia.

- **Calcificación.** Proceso consistente en el endurecimiento de una estructura orgánica en base a depósitos de sales de calcio su sustancia.
- **Canalículos.** Conductillos de diminutas proporciones.
- **Cartilaginosa.** Es perteneciente o relativo al cartílago.
- **Cemento.** Tejido mesenquimático mineralizado que recubre a la dentina en la porción radicular del diente. Es uno de los tejidos duros del diente.
- **Claustrofobia.** Terror, sensación de angustia experimentada ante un espacio cerrado o su mera imaginación.
- **Colágena.** Integra como sustancia principal las fibras blancas de tejido conectivo, tendones, hueso y cartílago. Constituye la principal proteína componente de la dentina y el cemento radicular.
- **Cóndilo.** Proyección o eminencia redondeada en el extremo articular de un hueso. Una de las superficies articulares integrantes de la articulación temporomandibular.
- **Deglución.** Secuencia funcional a cargo de diversos órganos, músculos, etcétera, de la cavidad bucal, por la cual el bolo alimenticio, debidamente lubricado es empujado hacia la faringe.
- **Dentición.** Desarrollo y erupción posterior de las piezas dentarias. El hombre es bifiodonto: posee dos denticiones, primaria y permanente.
- **Dentina.** Tejido duro, vivo, cuyos procesos metabólicos dependen de la pulpa dentaria.
- **Desdentado.** Individuo que ha perdido dientes. Puede ser total o parcialmente.
- **Disco articular.** Menisco articular de la articulación temporomandibular.
- **Disfagia.** Trastorno de la deglución, que se vuelve generalmente dolorosa.

- **Empatía.** Actitud fundamental del terapeuta, que se ubica íntimamente en el cuadro orgánico, mental y emocional de sus pacientes y capta todo ese complejo a fin de comprenderlo y tratarlo con calidez, sin por esto compartir sus sentimientos.
- **Epitelio.** Tejido que a modo de lámina recubre todas las superficies libres externas e internas del cuerpo.
- **Esclerosa.** Relativo a la esclerosis.
- **Esclerosis.** Condición anormal en un tejido u órgano que se endurecen por aumento patológico en la cantidad de tejido fibroso que reemplaza a las estructuras anatómicas normales.
- **Estomatognático, (aparato).** Que versa sobre cuanto atañe a la cavidad bucal, a las estructuras adyacentes y las relaciones que guardan con el resto del organismo.
- **Faríngea.** Perteneciente a la faringe, relacionado con ella o situado en ella.
- **Fibra.** Elemento anatómico en forma de hilo o filamento, es decir, largo y delgado, que integra algunos tejidos animales y vegetales.
- **Glándula.** Órgano de origen epitelial que elabora sustancias que se vierten al exterior directamente o por medio de conductos excretores o que pasan al medio interno sin la participación de conductos excretorios.
- **Hiposialia.** Disminución en la secreción salival.
- **Histológicos.** Referente a la composición y estructura minúscula o microscópica de los tejidos orgánicos.
- **Iatrogenia.** Provocación de un estado anormal en un paciente, por un descuido, maniobra torpe, tratamiento equivocado, etcétera, por parte de un médico y, por extensión, un odontólogo o su asistente.
- **Inmunológico.** Perteneciente o relativo a la inmunología.

- **Inmunología.** Suma de los conocimientos que se ocupan de la inmunidad, es decir, de inducir la protección contra las infecciones y las toxinas infecciosas.
- **Introversión.** Acción y efecto de penetrar el alma humana dentro de sí misma.
- **Laxitud.** Aflojamiento, relajamiento, sin tensión en las fibras.
- **Linfoide.** Semejante a la linfa o al tejido linfático.
- **Mentoniano.** Relacionado con el mentón o perteneciente a éste. Agujero mentoniano, nervio mentoniano, mentón.
- **Metabólica.** Perteneciente o relativo a metabolismo. El metabolismo representa el resumen de los procesos constructivos y destructivos corporales.
- **Mineralización.** Mecanismo por el cual se precipitan sales de calcio y otras sobre una matriz orgánica para constituir un depósito duro como sucede.
- **Mucosa.** Membrana o tónica mucosa que reviste tejido conectivo.
- **Narcicista.** El que se acicala con demasía o se precia de hermoso y galán, como enamorado de sí mismo.
- **Osteoblástico.** Dícese de la actividad formadora de hueso nuevo o de relleno, por ejemplo tras haber conseguido llevar un diente a otra posición, durante un tratamiento ortodóntico.
- **Osteoclásia.** Proceso de resorción y destrucción de tejido óseo efectuado por los osteoclastos.
- **Panacea.** Remedio al que se le atribuyen propiedades curativas de cualquier clase de enfermedades. Cúralo todo.
- **Papila.** Elevación pequeña en forma de pezón o cónica, principalmente de la dermis o también en otras zonas corporales.
- **Paranoia.** Monomanía. Locura o delirio parcial sobre una sola idea o un solo orden de ideas.

- **Parodontal.** Cituado alrededor de un diente o que sucede alrededor de éste.
- **Parótida.** Es la más voluminosa de las glándulas salivales.
- **Psicoanalista.** Personas que adquiere pericia como analista.
- **Psicólogo.** Persona especializada en el conocimiento y manejo de las técnicas psicológicas.
- **Psicoterapeuta.** Persona especializada y encargada al tratamiento de las enfermedades y problemas psicogenéticos por medio de técnicas como el psicoanálisis, la sugestión hipnótica, la reeducación.
- **Psiquiatra.** Médico que estudia las enfermedades mentales, sus causas, evolución, tratamiento y prevención.
- **Radicular.** Perteneiente o relativo a una raíz: ápice radicular, filete radicular.
- **Resorción.** Mecanismo que determina una pérdida de hueso o de cemento por la acción de células gigantes multinucleadas, como son los osteoclastos.
- **Sacarosa.** Es una sustancia cariogénica por excelencia. Se trata de un disacárido integrado por una molécula de glucosa y otra de fructosa.
- **Secreción.** Proceso biológico en virtud del cual algunas células especializadas convierten compuestos de bajo peso molecular, que obtienen de la sangre, en productos específicos que posteriormente son liberados de esas células.
- **Senecto.** Término que se le da a individuos que sobrepasan los 65 años de edad.
- **Tejido conectivo.** Derivado del mesodermo, se le dice también tejido de sostén por cuanto conforma un esqueleto que sostiene a otros tejidos u órganos.

- **Tiroxina.** La más abundante de las hormonas que produce la glándula tiroides. Su principal acción es activar las acciones metabólicas de casi todas las células orgánicas.
- **Tonicidad.** Estado de contracción ligera o de tensión que presentan normalmente todos los músculos cuando están en reposo.
- **Umbral.** Magnitud mínima a partir de la cual se produce un fenómeno, como en el caso de excitación muscular o del dolor.
- **Varicoso.** Lesiones de la mucosa bucal que se presentan como cordones o ectasias vasculares con relieve tortuoso sobre la superficie mucosa, por ejemplo, el área sublingual.
- **Vascularidad.** Es la condición de los tejidos vasculares. Perteneciente o relativo a vasos sanguíneos o linfáticos.
- **Xerostomía.** Sequedad de la boca determinada por una disminución del flujo salival, que puede obedecer a factores congénitos o también ser adquirida.

BIBLIOGRAFÍA

- Altarriba, M (1992). Gerontología. Aspectos Bio-Psico-Sociales del proceso de Envejecer. España: Boixareu Universitaria.
- Bates, J.F. (1986). Tratamiento Odontológico del Paciente geriátrico. México: El Manual Moderno S.A. C.V.
- Cinotti, W. y Grieder, A. (1970). Psicología Aplicada en Odontología. Argentina: Mundi S.A.I.C. y F.
- Davidoff, L. (1984). Introducción a la Psicología. México: Mc. Graw Hill.
- Franks, y Hedegard, B. (1976). Odontología Geriátrica. España: Labor.
- Friedenthal. M. (1996). Diccionario de Odontología. Argentina: Médica Panamericana S.A.
- González, J. (1994). Manual de Autocuidado y Salud en el Envejecimiento. México: Proculmex S.A C.V y Costa Amic.
- Guadarrama, J. (1997). Curso Taller Vivencial de la Relación Médico-Paciente. México: SEDENA.
- Jackson, W. (1979). Diccionario Hispánico Universal. México: W. M. Jackson, Inc., Editores.
- Kastebaum, R. (1983). La Psicología y Tú. México: Tierra Firme.

- Lawrence, K. (1985). Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Estados Unidos.
- Martínez, E. y Longi, R. (1989). Manual de Psicología para Odontólogos. México: Ciencia y Cultura de México.
- Organización Mundial de la Salud, (2001). Un Planeta que Envejece. Suiza: O.M.S.
- Ozawa, D. (1994). Estomatología Geriátrica. México: Trillas.
- Papas, A., Nielsen, L. y Chauncey, H. (1991). Geriatric Dentistry Aging and Oral Health. Estados Unidos: Masby Yearbook.
- Rueda, A. (1986). Prevalencia de Lesiones en la Mucosa Oral del Anciano. México: En revista "Práctica odontológica" Vol. 8, Núm. 12
- Salgado, A. (1986). Tratado de Gerontología y Geriátrica. España: Salvat Editores S.A.

En Red:

<http://www.belladent.com/dentista/geriatria.htm>

<http://odontogeriatria-elabuelo.com.ar/>

<http://www.udec.cl/~dbustos/apsique/desa/vejez.html#df>

<http://personales.com/espana/madrid/apsired/geriatria.htm>