342
29

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:
OTILIA RODRÍGUEZ LÓPEZ
JORGE FLORES ZAMORA

ASESORES DE TESINA :
LIC. ARACELI REVILLA MADRID
C.D. LUIS MIGUEL MENDOZA JOSÉ

MÉXICO,D.F.

JUNIO 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

262684

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Dedicatorias

A Dios:

Por brindarme esta segunda oportunidad de realizar otro trabajo de este género.

A mis padres:

Sra. Eustacia López Ch.
Sr. Evaristo Rodríguez R.
Que de alguna forma colaboraron en la culminación de mi carrera.

A mi esposo e hijas:

Oscar Valdespino E.
Briceida Valdespino R.
Brenda Valdespino R.
Por su paciencia, amor y comprensión.

Gracias a mis suegros:

Sra . Manuela Estrada G.
Sr. Aquíles Valdespino R.
Por sus consejos y colaboración durante toda la carrera.

A mi concuña:

C.D.Irma Rodríguez C.
Por su gran ayuda durante la carrera y participación en la realización de este trabajo.

A mi cuñado:

Dr. Cultzin Valdespino E.
Por su gran colaboración en el desempeño de mi carrera.

A mi cuñado:

Wilfrido Valdespino E.
Por su gran aportación en la trayectoria de mi carrera.

A mis hermanas (os), cuñados:

Que participaron de alguna forma en la realización de éste trabajo.

OTILIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

A Dios:

Por darme vida, salud y una familia; por tener en mi camino tantos obstáculos que de alguna forma me han hecho madurar, y por dejar que éste momento tan esperado llegara.

A mis padres:

Por haberme dado la vida y la oportunidad de realizar una carrera universitaria, teniendo para ello que sacrificar parte de su vida en mi formación profesional; no existe manera de agradecer tanto amor y cariño que siempre me han dado . Gracias

A mi esposa e hijo:

No sólo fueron la motivación principal para lograr ésta meta, sino tambien serán el fundamento de mi vida. Cada momento y cada paso será siempre para ustedes.

A mis hermanos:

De quien siempre he recibido amor, comprensión y un gran ejemplo de superación, gracias por su apoyo incondicional, ya que sólo con ustedes se pudo alcanzar esta meta.

JORGE

A MI ABUELO:

El Sr. Eulalio Zamora G.

Para tí especialmente, como muestra de mi amor, respeto

y admiración que siempre te he tenido, como un ser más

que tu forjaste; desde aquí mi admiración te dedico.

JORGE

A la Univeridad Nacional Autónoma de México:

Por permitirnos realizar nuestros estudios profesionales y así poder lograr una superación académica y personal.

A la Facultad de Odontología:

Por darnos los conocimientos necesarios para poder desempeñarños en el ámbito profesional

A los profesores del Seminario de Odontogeriatría.

Por compartir con nosotros sus conocimientos y amistad durante nuestra estancia en la misma.

A nuestros asesores:

Licenciada en Psicología. Araceli Revilla M.

Por su gran colaboración en la realización de éste trabajo.

C.D. Luis Miguel Mendoza J.

Por los conocimientos que nos brindó para que la presente revisión bibliográfica se llevara acabo.

Otilia Rodríguez López
Jorge Flores Zamora

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

FASES DE LA JUVENTUD A LA VEJEZ

1.1 Juventud..... 2
1.2 Madurez..... 5
1.3 Vejez..... 7
1.4 Autoimagen.....12
1.5 Aislamiento y soledad.....13
1.6 Jubilación.....14
1.7 Condiciones sociales.....17

CAPÍTULO 2

DEFICIT FUNCIONALES

2.1 Sistema nervioso.....19
2.2 Aparato respiratorio.....20
2.3 Aparato cardiovascular.....21
2.4 Aparato genitourinario.....23
2.5 Sistema esquéletico.....24
2.6 Piel.....25
2.7 Ojos.....26
2.8 Oidos.....26

CAPÍTULO 3

VEJEZ Y DEPRESIÓN

3.1 Conceptualización de depresión.....28
3.1.1 Tristeza.....31
3.1.2 Melancolía.....33
3.1.3 Mania y depresión.....33
3.1.4 Síntomas y signos (Depresión).....35

CAPÍTULO 4

COMO SE VE AFECTADO EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO CUANDO LA PERSONA PRESENTA UN CUADRO DE DEPRESIÓN

4.1 Manejo del paciente en el consultorio dental...42
4.1.1 Determinar las necesidades del paciente.....43
4.1.2 Necesidades y motivación.....43
4.1.3 Preparación y amabilidad.....44
4.1.4 Ambiente.....44
4.1.5 Implementación del programa dental.....45
4.1.6 Seguimiento (control).....45
4.2 Características del paciente con depresión en las siguientes patologías de cavidad bucal
Xerostomía.....46
4.2.1 Glosopirosis.....47
4.2.2 Disfágia.....48
4.2.3 Odontálgia atípica.....48
4.2.4 Dolor bucofacial atípico.....49

4.2.5 Disgueusia idiopática.....50
4.2.6 Dolor psicológico y psicogeno.....51
4.2.7 Enfermedad dental secundaria a depresión y terapéutica antidepresiva.....51

CAPÍTULO 5

TRATAMIENTO

5.1 Decisión terapéutica.....54
5.2 Desarrollo del tratamiento.....59
5.3 Tratamiento profiláctico.....60
5.4 Antidepresivos al margen de la depresión.....62

Conclusiones.....64

Glosario.....67

Bibliografía.....69

INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo surge ante la inquietud de que existen muchos problemas de tipo psicológico en el paciente de la tercera edad en nuestro país, estadísticamente este grupo de población va en aumento y no se le ha tomado la importancia requerida en odontología. Es por eso que se hace la revisión bibliográfica para poder dar las conclusiones acerca de este trastorno y como podemos manejar a este tipo de pacientes en el consultorio o en la institución donde trabajamos.

La depresión en el adulto mayor es el tema a desarrollar ya que es la enfermedad más frecuente a cualquier edad, pero más acentuada en el senecto en el que se considera como característico el humor quejumbroso y apático, en muchos casos las depresiones pueden presentares inadvertidas, ya que el hombre con el proceso de envejecimiento sufre cambios en lo biológico , psicológico , social, económico , entre otros .

En México la odontogeriatría es un área nueva en la que no se ha investigado mucho sobre este tipo de pacientes, que se encuentra muy olvidado de la sociedad y de la familia misma; así como de otras especialidades no sólo del área de la salud.

CAPÍTULO I.

FASES DE LA JUVENTUD A LA VEJEZ.

1.1 Juventud

El joven adulto surge de la última adolescencia a los 18,19 ó 20 años de edad a la década de los 20 años . Si los años de adolescencia han transcurrido favorablemente, la identidad se habrá formado. La independencia aceptable de la familia habrá sido resuelta, ofreciendo una cierta seguridad al tomar decisiones. En esta capacidad de autodeterminación la que caracteriza al adulto joven y separa este período de la adolescencia. Aquí es importante de fijar cursos futuros, y dar los pasos necesarios para lograrlos.

En lo que se refiere atributos físicos:

Hombres como mujeres alcanzan la cima de su forma física durante este período. Están con gran fuerza, resistencia, agilidad, coordinación y equilibrio para un desempeño corporal controlado. Por otro lado ciertos sistemas orgánicos habrán empezado a declinar lentamente, para que se les vayan uniendo otros sistemas. En forma tal que el funcionamiento corporal continúe deteriorándose.

El aspecto juvenil es muy apreciado, rindiendo muy buenas utilidades a cualquier industria que prometa un caballero brillante entre otros atributos, así que el joven adulto parecerá estar en una edad dorada. Es interesante notar que los individuos durante diferentes etapas de la vida, piensan en un época plena para sí mismos. A partir de los 20 años, los sentimientos positivos respecto a la vida pueden extenderse a través y más allá del período del adulto joven.

La edad contiene un número de incertidumbres que la hace menos serena. Entre éstas está la necesidad de encontrar y ocupar el lugar de cada uno en la sociedad adulta.

La prescripción para la mujer actual, es menos clara. Además no ha sido planeada, porque la mujer hoy en día está dejando los caminos tradicionales y lo que deparan las nuevas rutas no se conoce. Levinson creó un lapso dentro de la edad adulta.

Se concibe como un periodo de noviciado, que demarca su calidad de iniciación y se ha notado que dura unos 15 años. De los 17 ó 18 a los 32 ó 33 años.

Tanto los hombres como las mujeres tienden a suponer que los intereses de la mujer deben quedar subordinados a los del prometido o esposo. Muchas mujeres, en la memoria , deben tener un sueño que se considere en manos del destino, donde un hombre sin rostro y unos hijos sin rostro serán el punto focal . Aún las mujeres que están tratando de cambiar las orientaciones personales e interpersonales . Están demostrando puntos de vista inalterados respecto al matrimonio trabajos e ingresos o tienen percepciones poco realistas de lo que implica hacer una búsqueda con toda su voluntad para hacer una carrera y para la maternidad al mismo tiempo (38).

DESARROLLO PROFESIONAL:

La profesión y la ocupación deben estar bien establecidas a principios de la segunda década de la vida. Levinson indica que la secuencia del desarrollo ocupacional es más compleja y dura más tiempo.

Utiliza el término de formar una ocupación en lugar de elegir, para significar un esfuerzo continuo, decisiones y experiencias que deben contribuir al proceso. El interés inicial serio probablemente basado en una valoración más o menos objetiva de curiosidad valores e intereses. Posteriormente se presentan las labores extensas de adquirir la capacitación, habilidades y reconocimiento, existen estaciones, descensos y algunas veces hay desviaciones hacia otros lugares.

La mayoría de los jóvenes se deprimen cuando empiezan a ser adultos ya que existen demasiados desafíos externos a los que se tienen que enfrentar. Ya que estos años no transcurren sin búsqueda ya que esta dirigida hacia el exterior como es comenzar una carrera, casarse , comprar una casa y tener hijos . Y un día en algún momento alrededor de los cuarenta, se detienen a preguntarse **"que quiero, ahora que ya hice lo que suponía que tenía que hacer ".**

Llegar a los cuarenta es como sufrir de una gran fiebre ya que los síntomas son familiares una inactividad, desequilibrio y leve depresión. La vida misma puede debilitar el espíritu de la misma manera que una prolongada temporada de invierno los deja lánguidos y encerrados, añorando el sol de la primavera. La mediana edad puede ser una época de anhelo nostálgico, sólo que ahora la sensación de la languidez se mezcla con pesar y el deseo

de rejuvenecimiento adquiere más urgencia. El malestar de la edad mediana posee muchas formas.

La reacción más común puede ser soñar despierto con alguna forma de cambio, diversos objetos de deseo engloban sus fantasías.

A medida que pasan los años, las opciones disminuyen o desaparecen ya sea que una persona se sienta estancada en un empleo aburrido o en su matrimonio infeliz , el tiempo sólo se encarga de que sea cada vez más difícil efectuar cambios. Cuando la insatisfacción es grande y la libertad es poca. Empiezan a sentirse como animales enjaulados. La comprensión completa de que están encerrados es lenta en llegar. El reconocer abiertamente que sus vidas no están funcionando bien como fue planeado es amenazador, en especial si se tiene miedo de cambiar (9).

1.2 Madurez

Para el adulto joven, las dichas de la intimidad muy bien pueden llevar a la crianza de niños; la armonía de dos se vuelve de tres. Los años de ser padres, de responsabilidad, de dar, han empezado.

Y no es todo el cambio en la configuración de la familia. Hay mudanzas a nuevos lugares, con la pérdida de antiguos amigos y llegada de nuevos, la lucha por el progreso y el reconocimiento de la carrera que se ha escogido, las tensiones en las relaciones y a veces cortar las ligas mediante el divorcio o la muerte.

La edad adulta está a demás marcada por cambios físicos y sociales inherentes hacerse mayores y más sabios en nuestra sociedad. Esto ha llegado a llamarse crisis de la edad madura o media y ha sido dramatizado y

sobredramatizado por los medios de comunicación, considerándolo un trauma para todos, anunciando por la menopausia en la mujer y por la ansiedad y por la disfunción sexual en el hombre. La edad madura resulta ser una descripción de otro tipo de ajustes a circunstancias que necesita de vigorosos intentos por obtener un nuevo equilibrio y estabilidad, que puede ser, en el mejor de los casos , tan sólo temporal.

De acuerdo e un estudio de Vaillant, dice que los hombres de edad mediana entre los 35 y 55 años fueron en este período el más feliz de su vida.

La satisfacción con la vida a la edad de 55 años pareció estar asociada con haber obtenido una buena medida de intimidad, una ocupación gratificante, productiva y un sentimiento de auto estima.

Este periodo de la vida el individuo ya tiene una familia estructurada, este es independiente, asume un lugar en los círculos sociales de adultos .

En cuanto al trabajo Vaillant y Levinson afirman su lugar vital en la vida adulta. Ya que han tenido éxito , o habían tenido que conformarse con su trabajo como una necesidad de supervivencia cuyas satisfacciones derivan de otras fuentes .

Los trabajos en algunos casos no son compatibles con lo que hacen, estos y si pudieran hacer otra cosa lo harían para cambiar de trabajo por ejemplo como en el caso de oficinistas y profesionales que les agrada más su empleo.

En la etapa anterior, si el joven pudo "madurar" adecuadamente, también podrá hacer una adecuada elección, tanto de profesión como de pareja e intereses sociales y vivenciales. De lo contrario nos encontamos en

esta etapa ante un adulto frustrado e inconforme con sus elecciones lo que hace que su maduración sea deficiente.

El aspecto generativo de la edad adulta debe extenderse a incluir un sentido de significación y productividad de un trabajo.

El adulto es aquel en quién recae las expectativas sociales, el cual dejo de ser niño y supero la etapa adolescente para convertirse en la obra resultado de un proceso, sobre el que existen interacciones con el medio y el cual va declinando. El adulto tiene la necesidad de superar la familia de origen para formar otra y así revertir el proceso del cual es tomado, también debe de elegir instituciones para trabajar, recrearse, manifestarse etc. y seguir preprarandose para la siguiente etapa que es la senectud. No sólo las primeras etapas son predominantes para la vida futura del sujeto.

Esto indica que el adulto continua en una constante renovación y no debe de perder en cuenta que existen accidentes inesperados en el ciclo vital .

La adultez es una etapa de transición social, en términos de productividad, pero haber crecido o ser adulto tiene una particularidad de mantenerse erguido, de una manera tan orgullosa y a la vez humilde que existe la necesidad universal de declarar que se sabe donde se esta de pie y que además se sabe que se ocupa cierta posición en el centro de una visión de tipo humano (9).

1.3 Vejez

Como en otras etapas de la vida, se puede admitir una psicología de la vejez, condicionada de una parte por el estado fisiológico y de otra por el estado de las relaciones y posibilidades de adaptación social propias de su edad o

si se quiere por la posición existencial del hombre en la última parte de su vida y frente a la muerte. La condición fisiológica y psicológica del senecto tiene en efecto una doble influencia sobre la patología mental del anciano.

Primero favoreciendo la evolución de estos transtornos por la disminución del nivel de integración de un gran número de funciones intelectuales y aptitudes.

Segundo determinando en una gran parte una cierta especificidad de los transtornos en función de las modalidades de la existencia del hombre en su ocaso.

La senescencia puede dividirse en dos épocas que corresponden a una distinción habitual la primera presenencia o periodo de involución, que puede situarse entre los 45 y 65 años y la vejez propiamente dicha, más alla de los 65 años.

Dichas edades tomadas como simples fuentes de referencia, ya que es arbitrario manejar etapas por número de años vividos.

Además de la movilidad del núcleo familiar suelen hacer que sus miembros pierdan el contacto estrecho con los ancianos de la familia (39).

Esto significa que muchas de las personas tengan recuerdos agradables de sus abuelos para ayudarlos a pensar en la vejez.

Otro factor significativo es la falta general de información definitiva acerca del envejecimiento , no se han difundido ampliamente. La atención de los medios generalmente se dirige a las historias de terror , las malas condiciones de las casas de salud , entre otras desagradables noticias .

Al anciano se le asocia con ojos llorosos, una voz quebradiza, caminar inseguro, mejillas caídas irasibilidad, falta de la memoria , malos juicios actúan muy

precipitadamente y el proceso de pensamiento , senilidad, dependencia y muerte . No es de extrañar que la mayoría se resista serenamente a la edad y al envejecimiento , una viuda empobrecida que vive solamente de sus recuerdos , o un anciano que ya no reconoce a los miembros de la familia y no puede controlar sus funciones corporales.También es posible señalar a ciudadanos ancianos vigorosos , que hablan con claridad y están activos en la comunidad y en los círculos sociales .

Ser viudo y vivir sólo, el mantenerse en estrecho contacto con los hijos adultos o estando aislados, buena o mala salud, optimismo o amargura, pobreza o tranquilidad financiera, interés o apatía en ningún caso es posible predecir el estado de ánimo por la edad.

El tiempo histórico para los ancianos también está cambiando ante nuestros ojos, conforme las personas de mayor edad se vuelven, por el sólo peso de su número de años, más visibles e importantes .

Ya que es la última etapa de la vida que conlleva a una reestructuración de la personalidad debida a una serie de cambios a nivel personal como social .

La personalidad del senecto no es producto de su condición, es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales así como su evolución a lo largo de la vida y ante las situaciones de crisis .

Es importante remarcar la importancia de este último factor, es cierto que cada persona tiene una peculiar manera de ser , ésta va adquiriendo diferentes matices ante las distintas crisis que se enfrentan .Se considera a la senectud como un período crítico por la serie de pérdidas que implica y que van a enfrentar al anciano a una nueva forma de vida que se va a caracterizar por :

- Una pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificantes.

- Un estado de frustración con altas y bajas.

- Un estado de temor a su futuro a su involución biológica.

- La aparición o reaparición de conflictos de su personalidad al disminuir sus defensas.

- Disminución de sus relaciones sociales, reduciendo el círculo de su comunicación y de su actividad.

- La actitud de rechazo de la sociedad y de la familia por considerarlo problemático.

- La crisis de la tercera edad consiste en ver que se puede conservar ante la reducción de posibilidades, sobre todo aquello que le brinda seguridad. Progresivamente el anciano se va alejando de aquellos objetos buenos y preferidos que le proporcionaban gratificación y seguridad algunas veces porque el mundo exterior se lo exige, otras debido a su falta de capacidad para relacionarse con su entorno y obtener una respuesta que necesita porque su capacidad afectiva y de autorrelación persiste. Y si le resulta difícil desviar su energía a objetos diferentes, más ardua es la búsqueda de los mismos por las limitaciones que el miedo le impone.

Esta situación genera en el senecto un estado de frustración que le provoca angustia, que le crean una inseguridad motivada por la percepción de que los

mecanismos de defensa que había desarrollado para poder adaptarse y mantener cierto equilibrio, se están debilitando.

Todo esto deprime al anciano con temores distintos como defensa ante la angustia, el miedo de la amenaza a su existencia se niegan a salir solos, a viajar, a tener contacto con otras personas, a asistir a reuniones a estar solos, a las agresiones. Esto tiene como consecuencia que el paciente geriátrico establezca una dependencia psicológica hacia la presencia de una persona que le pueda brindar no tan solo compañía, sino de seguridad de poder controlar su angustia y no verse invadido de sus impulsos.

También son frecuentes las manifestaciones obsesivas, reflejándose en ritos repetitivos, en conductas extremas de orden, en sus actividades o en la rigidez de sus pensamientos y criterios a través de los cuales logran cierto nivel de seguridad.

Las regresiones pueden manifestarse a todos niveles en el narcisismo primario (preocupaciones por su cuerpo, vestimenta y bienes materiales), en la etapa oral (dependencia, exigencia de cuidados y preocupaciones por la comida, así como estado de salud), así como en otras partes del cuerpo.

La depresión en el anciano es provocada por la pérdida de relaciones objetables, pero también está en función del tipo de personalidad que ya presentaba. Las manifestaciones de la depresión pueden ser muy diversas y expresarse a través de conductas hipocondríacas (cefaleas, hipertensión, tristeza, crisis de llanto, devaluación o ideas de suicidio. Si la depresión es demasiado fuerte se llega a un grado de abandono por si mismo que puede acelerar el

proceso de involución y conducir a la demencia senil y a la desintegración de la persona.

La senectud es una experiencia que se experimenta de acuerdo a estilo de vida.

1.4 Autoimagen

Los cambios psicológicos ejercen gran influencia en la forma en que el individuo se percibe a sí mismo. Además de los cambios biológicos facilmente observables, el envejecimiento implica un estado mental percibido internamente por el individuo de edad avanzada.

Es muy probable que una buena parte de los falsos conceptos y de los malentendidos acerca de la vejez provengan de las opiniones que con respecto al envejecimiento, tienen los jóvenes y los ancianos.

Si la base es frágil e inmadura la personalidad estará mal predispuesta a soportar las pérdidas asociadas a la edad, pueden desencadenar cuadros depresivos graves o actitudes maniacas compensadoras y transitorios derrumbamientos psicóticos, que los lleven a caer en la depresión ya que la capacidad de adaptación a estos cambios es una característica de la senectud normal. La falta de adadptación lleva a la senilidad, al deterioro biológico progresivo y a la desintegración de la personalidad del anciano, y que exista abandono en el aspecto personal, en cuanto a higiene se refiere, no alimentarse, aislarse de los demás entre otras cuestiones.

Aquí se reflejan los signos característicos de la edad avanzada, como en la silueta que aumenta de peso, este aumenta en vientre y caderas, la piel pierde su hidratación y su elasticidad, se arruga, las varicosidades se denotan

sobresaliendo las venas, los cabellos se encanecen y se hacen escasos (43).

Hay disminución de la vista, en la agudeza acústica, encorbamiento del sistema esquelético, caminar lento etc., así como una baja autoestima, debido al deterioro del aspecto físico en general (41).

1.5 Aislamiento y soledad.

Generalmente el aislamiento y soledad son factores que se presentan en personas geriátricas, y lo asocian con el deterioro de la capacidad mental. "Se entiende por aislamiento el campo objetivo de los contactos sociales, mientras que la soledad alude más bien a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales. Es decir que algunas personas se sienten solitarias, pero nunca aisladas, a juzgar por la cantidad de la índole de los contactos sociales comprobables objetivamente. Sin embargo, existen otras personas que, desde un punto de vista objetivo, tienen relativamente pocas relaciones sociales y a quienes se les considera como seres aislados, sin embargo no se sienten personas aisladas".

En cuanto a la soledad se refiere, también puede ser una manifestación en personas de la tercera edad, presenta diversas manifestaciones, cualquiera que sea la causa, sin embargo se considera como una enfermedad grave que se manifiesta en los ancianos, ya que los deprime y de la que muy pocos logran superarla (38).

De acuerdo a estudios de Munnichs, Rosemary y Kuckels, han encontrado una relación entre el sentimiento de soledad por una parte, y el grado de inactividad y aburrimiento, por otra, refiriendose a las personas que

desarrollan una esfera de intereses más reducida, una menor orientación hacia sus objetivos y hacia el futuro, que están descontentas y demuestran poca confianza en sí mismos. De acuerdo a estudios de Havighurst, afirman que la sensación de aburrimiento puede existir, aún cuando haya una amplia gama de intereses. Como respuesta, estas investigaciones consideran que el aburrimiento aparece como una consecuencia de la ausencia de ritmo de las actividades cotidianas; es decir, cuando no se procede a poner orden y concierto en las propias actividades y romper la sensación de tedio. También se ha encontrado una estrecha relación entre soledad y sumisión; así se comprende que la disminución de los contactos sociales provoque en ellas una mayor sensación de soledad, sumisión y dependencia.

En lo referente a la dependencia de los ancianos se distingue entre dependencia económica respecto a la generación que se ve incluida en el proceso laboral, dependencia fisiológica por modificaciones del aparato locomotor y de los órganos sensoriales, dependencia mental por déficit de la memoria o pérdida de la capacidad de orientación y dependencia social por pérdida de roles y aislamiento.

1.6 Jubilación.

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

Dada la generación de la edad como lo fija la seguridad social, y el aumento de la esperanza de vida en México, es importante analizar las características humanas que rodean a estas personas de edad avanzada, es decir, los aspectos

biológicos y sociales que acompañan a este período de la vida, cada vez más largo y en el que tiene que llevarse a cabo un difícil proceso de adaptación que resulta determinante según el nivel socioeconómico y profesional.

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

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

En la jubilación hay tres etapas importantes:

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

Los adultos mayores no deben jubilarse cuando aún pueden contar con los conocimientos y la experiencia necesaria. No se deben de desaprovechar en las empresas con una jubilación temprana y forzosa o falta de empleo después de los 40 años en estas personas.

Los problemas referentes a la jubilación y pensión tienen un profundo carácter social. La forma de resolverlos es indicativa de la naturaleza de la sociedad, y responde al

trato que ésta da al trabajador y al concepto que ella tiene del trabajo.

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

Añadir más vida activa, plena y con salud a los años de jubilación en definitiva es el objetivo final de todo programa dirigido hacia quienes entran en la tercera edad por la puerta del retiro obligatorio de su trabajo o profesión. En la sociedad que vivimos cuantos adultos maduros con conocimientos y experiencia que están desaprovechando, ya que no se considera justo condenarlos a una pensión que cada día se reduce más debido a la inflación que padecemos y que los hace depender de una juventud distinta de la suya, entre la cual se empieza con el problema de que en el hogar no hay espacio para ellos, ya que no están acostumbrados vivir todo el día en el, y esto los descontrola y es cuando empiezan los problemas de las enfermedades crónicas, patológicas, aislamiento social etc.

Se entiende que la jubilación para el individuo es paso áspero de una situación activa y productiva a otra pasiva e improductiva produciéndose un desequilibrio entre el declive de facultades que es lento y progresivo y el cese brusco de la actividad laboral, sin posibilidad de adaptación progresiva a esta nueva situación.

Psicológicamente, el trabajo es un importante depositario de impulso inconsciente de energía, además del aspecto de valoración personal y social que reviste la posibilidad de independencia económica que conlleva (38).

1.7 Condiciones sociales

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

En nuestro medio, más del 90% de las personas de edad avanzada viven en núcleos familiares, los cuales constituyen el clima ideal y el mejor hábitat para envejecer. Actualmente, debido a la industrialización y al reciente auge petrolero, la migración se ha incrementado, sobre todo durante la última década, para alcanzar un 40% de la población urbana, incluyendo a las personas que no están cultural y técnicamente preparadas para vivir en las ciudades.

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

La sólida estructura familiar como es la patriarcal y la matriarcal, aún extendida y preservada tanto en el contexto urbano como en el rural, asegura al mexicano un

perdurable eslabón difícil de romper. Ya que es la única forma de que el anciano pueda seguir desempeñándose en el hogar. Y así continuando por la vida sin que disminuya su personalidad ni pierda sus afectos esenciales.

Es tradicional, y al parecer perdurará durante un largo periodo, la integración del anciano a una familia ideal, conservando su hogar por toda la vida. Como esto no es siempre posible, es preciso acudir a la familia de los hijos o parientes más cercanos, que deben ser formados en la idea de que tener al anciano consigo constituye un privilegio y no una carga.

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

Es importante mantener a la madre o al padre relativamente saludable y feliz en el círculo familiar. La idea actual de que los ancianos están bien cuidados en el núcleo familiar puede ser la razón de la ausencia de programas que pueden reforzar la idea de la familia como recurso nacional.

En resumen es necesario que la atención a los ancianos cuente con la colaboración del Estado, pero igualmente con la participación de la sociedad, de la familia y del anciano mismo (38).

CAPÍTULO 2
DÉFICIT FUNCIONALES

2.1. Sistema nervioso

Es uno de los sistemas más complejos del organismo, se divide en dos partes interrelacionadas: Sistema nervioso central y sistema nervioso periférico.

El sistema nervioso central esta formado por el encéfalo y la médula espinal, y el sistema nervioso periférifco conjunto de nervios craneales, nervios raquídeos y ganglios (8).

Los cambios del sistema nervioso pueden afectar el equilibrio y la memoria de sucesos recientes y pueden ocasionar alguna privación sensorial, como es la sensibilidad al calor y al frio, sin embargo el conocimiento cognoscitivo no disminuye necesariamente tan rápido. Los ancianos pueden retener lo que aprenden ya que estas personas tienden a recordar eventos que tuvieron lugar hace mucho tiempo, pero no los acontecimientos recientes. Sin embargo, en muchos casos los defectos de memoria son pequeños en ancianos físicamente sanos y activos.

Es importante no considerar la declinación en la habilidad mental como consecuencia inevitable del envejecimiento, sino reconocer que podría haber atrás algún motivo fisiológigo.

Los cambios observados en el envejecimiento. Mucho se habla de la pérdida de neuronas que según Rossman se inicia probablemente a los 25 años de edad, afectando células nerviosas de los órganos del eje encefalomedular y dando manifestaciones como disminución de tono muscular en el músculo espinal, en la cara (masetero) e irregularidad

pupilar, todo lo cual sería considerado patológico a edades más tempranas.

Cuando se pierden neuronas no existe posibilidad de hiperplasia compensadora, la célula nerviosa no es recuperable. La enorme importancia de ésta pérdida se comprende al recordar que la unidad anatomofuncional del sistema nervioso (9).

2.2 Aparato respiratorio

Los cambios en la función respiratoria que pueden atribuirse al envejecimiento pueden diferenciarse de los que ocurren en un proceso de enfermedad. El pulmón que envejece tiene una eficiencia reducida para expeler el aire. La disminución de esa eficiencia tiene como resultado un vaciado menos que el total de los pulmones y una capacidad vital reducida (la cantidad máxima de aire que puede inhalarse y expulsarse). También hay una disminución en la capacidad de los pulmones para cambiar los gases que se acumulan en ellos. Esto se debe quizás a una diminución de la flexibilidad de la pared torácica, con un endurecimiento progresivo. El aparato respiratorio del anciano es distinto al del adulto joven o maduro, tanto a nivel anatomofisiológico como citológico y por tanto es diferente desde el punto de vista patológico. En el anciano existe una notable disminución en la movilidad de la pared torácica a consecuencia por una parte de la osteoporosis, la cifosis y la calcificación de los cartílagos costales y costoesternales y, por la otra, hipotomía muscular que afecta a los músculos torácicos que participan en la respiración (8).

La poca movilidad del tórax y la disminuida función ciliar generan incapacidad para expulsar las secreciones

traqueobronquiales. El estudio microscópico del tejido pulmonar muestra franca disminución del número de alveolos y aumento del tamaño de éstos, así como dilatación de bronquiolos y conductos alveolares; el aumento de elastina y la persistencia de colágena no son suficientes y el pulmón se vuelve más rígido con el tiempo.

El anciano acepta y aprende a respirar movilizando el diafragma cuando se le indica como hacerlo.

Debido a que las enfermedades en el anciano cursan sobre un organismo modificado por el envejecimiento no es raro que haya patologías múltiples, simultáneas y de presentación atípica.

Los cambios en el torax, en particular la cifosis y la escoliosis, complican las técnicas de exploración, por lo que debe extremarse el cuidado en su realización y en la valoración de los datos obtenidos, siempre será preferible el empleo de estudios de gabinete para un diagnóstico certero (9).

2.3 Aparato cardiovascular

El corazón se atrofia (se hace más pequeño) relativamente poco durante el proceso de envejecimiento. Los pigmentos de la edad (llamados lipofusinas) que aparecen en superficie del corazón, parecen afectar poco el funcionamiento de este órgano. Lo que parece suceder con más frecuencia es que se angostan los vasos sanguíneos coronarios debido a depósitos de grasa con la subsecuente disminución del fluido de sangre hacia el corazón, un músculo cardiáco mal nutrido y una mayor propensión a un infarto al miocardio (9).

La prebiscardia (corazón senil) por si sola suele constituir un problema en las personas ancianas. Las

transformaciones anatómicas y funcionales del corazón y vasos sanguíneos generadas por el proceso de envejecimiento son muy difíciles de diferenciar de la patología verdadera (18).

Cambios anatómicos:

- Disminución del peso y volumen del corazón.
- Fibrosis del músculo y de las válvulas.
- Acumulación del material amieloide y lipofucsina
- Aumento de grasa subpericardia.
- Disminución de la elasticidad aórtica.
- Pérdida de la elasticidad vascular.
- Formación de placas ateromatosas y fibrosas en vasos.

Cambios funcionales:

⇒Alargamiento de la duración de la sístole y la diástole.
⇒Aumento del gasto energético y oxígeno.
⇒Disminución del metabolismo cardiáco por reducción en la respuesta frente al ácido adenosintrifosfórico y catecolaminas.
⇒Alteración de los mecanismos de conducción.

El corazón, como otros órganos alojados en la cavidad torácica resiste el efecto de las modificaciones óseas, articulares y músculares del tórax en especial la deformación cifótica.

Con el envejecimiento éste aparato constituído por la víscera cardiáca y los vasos sanguíneos, presenta cambios que el sobrevivir con alteraciones patológicas se confunden con éstas, de modo que resulta muy difícil diferenciar entre

los cambios propios del envejecimiento y los atribuibles a procesos patológicos puros.

El gasto cardiáco en sujetos de 25 a 65 años disminuye en un 30 y 40%.

En la vejez el gasto cardiáco, aunque disminuido, es suficiente porque la atrofia de los tejidos, la disminución del metabolismo basal y la reducción del esfuerzo físico no generan grandes demandas de aporte de sangre.

Debido a que los vasos sanguíneos presentan modificación de las fibras elásticas, que se hacen frágiles e incorporan calcio, pierden flexibilidad por disminución de elastina y aumenta la cantidad de colágeno, por lo que disminuye aún más la elasticidad.

La pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos da lugar a que la onda pulsátil se trasmita con mayor celeridad, y también la disminución o pérdida del control arteriolar, lo que origina hipertensión arterial senil diferentes de la enfermedad hipertensiva ya que esta es fundamentalmente diastólica.

En ocasiones el anciano muestra tensión arterial más baja que las cifras que registraba a edades más tempranas, hecho también atribuible a la menor elasticidad vascular (8).

2.4 Aparato genitourinario

El aparato urinario tiene la importante función de elaborar orina y eliminarla de el organismo, colaborando de esa manera a conservar la homeostásia. Esta formado por los riñones, los uréteres, la uretra y la vejiga.

Hay estudios que indican que con el envejecimiento la masa renal disminuye. A los rayos x, los riñones muestran una silueta irregular y son frecuentes las imágenes

calcáreas que simulan cálculos. Pérdida de peso se estima de 250 gramos a los 60 años y 190 gramos a los 80 años.

El diámetro del túbulo renal disminuye de los 19.36mm que tiene entre los 20 y 30 años a 12.50mm a los 80 años de edad; la superficie glomerular sufre una disminución de 0.254mm2 a 0.155mm2 en ese mismo lapso.

Con la disminución de volumen de nefrón, los espacios entre los túbulos se agrandan y hay aumento del tejido conectivo intersticial, aunado a la esclerosis de los vasos renales, al aumento de grosor de la membrana de la cápsula de Bowman y la merma de la superficie glomerular, da por resultado una disminución de la función renal, que se manifiesta por la elevación de las cifras de urea en sangre.

En el anciano la función renal disminuye porque la cantidad de nefronas útiles es menor . Por tal razón la homeostasia, desde el punto de vista del volumen y composición de los líquidos corporales se altera.

A medida que el riñon envejece disminuyen las funciones de excreción y reabsorción de los túbulos (18).

2.5 Sistema esquelético

Conforme la gente envejece, se presenta la demineralización esquelética propia de éste proceso, se sabe del adelgazamiento de los discos que quedan entre las vértebras de la espina. Las articulaciones pueden inflamarse y hacerse delicadas y dolorosas por la osteoartritis. Conforme se desgastan las vértebras del cuello y se adelgazan los discos, la gente mayor puede quejarse con dificultad para voltear la cabeza o el brazo cuando los nervios cervicales se oprimen o se inflaman.

Debido a la osteoporosis senil, los huesos se vuelven frágiles y más susceptibles de fractura, aún con traumatismos leves.

Una de las modificaciones generadas por osteoporosis que más afectan la apariencia de una persona de edad avanzada es la cifosis dorsal, que altera la estática del torax. Para compensarla, es frecuente la flexión de rodillas y de cadera sobre la pelvis, lo cual se traduce a una dismininución de estatura que se ha calculado en 5 centimetros como promedio, por la cifosis dorsal, la persona tiende a inclinar la cabeza hacia adelante mirando siempre hacia el suelo, o bien hacia atrás, en cuyo caso se reduce la distancia occipito-hombro y la silueta sugiere en su contorno un número tres.

La osteoporosis de la columna dorsal se asocia a la de costillas modificando la anatomía del torax y alterando las funciones ventilatorias (18).

Con el envejecimiento, es frecuente la alteración llamada pie plano, debido a la debilidad muscular, que aún siendo generalizada, es más evidente en los pies, dado que los músculos se debilitan y los ligamentos se distienden, perdiendo su eficiencia como medios de sostén (8).

2.6 Piel

Los signos más obvios del envejecimiento se presentan en la piel. Esta tiende a perder elasticidad y tejido graso subcutáneo, haciéndose arrugada y con líneas. Aparecen en manos y cara manchas pardas, más grandes que las pecas. Algunas de éstas manchas tambien son ocasionadas por una menor capacidad del cuerpo para reemplazar las células cutáneas dañadas por el sol (9).

2.7 Ojos

Los ojos se avejentan interna y externamente. Los párpados se hacen bolsudos y pierden su elasticidad. Las glándulas lagrimales pueden atrofiarse haciendo que los ojos se hagan secos y duelan. Aún cuando la buena visión puede persistir hasta avanzada la edad, las cataratas son comunes en muchos de éstos pacientes.

Son tejidos que se han engrosado y que se desarrolla en el cristalino, ocasionando pérdida visual (18).

La retina también sufre a causa del proceso de envejecimiento, el problema más común es una degeneración de la porción de la retina llamada mácula. Esta degeneración afecta al 30% de todas las personas de más de 65 años de edad. En su forma más grave ocasiona una ceguera incapacitante, una visión aguda.

El glaucoma es otro trastorno que afecta al ojo y ocurre en 13% de quienes tienen más de 74 años de edad. Es el resultado de un endurecimiento del globo ocular que ocasiona una mayor persistencia al flujo de salida del líquido ocular (9).

2.8 Oídos

El envejecimiento es la causa más común de la pérdida del oído. Un 23% de los hombres y de las mujeres de entre 65 y 74 años de edad es un 40% y de más de 75 años padecen de algún impedimento auditivo (9).

Con la edad, la oreja o pabellón auricular presenta relajación y atrofia de los tegumentos del lóbulo, ésta elongación del lóbulo de la oreja altera en forma muy importante el aspecto facial de una persona; aunque desde

el punto de vista funcional carece de importancia. Todo lo contrario sucede con la otoesclerosis que es una inflamación del oído (otitis) que afecta el laberinto y los huesecillos martillo, yunque y estribo, la inflamación que conduce primero a la presbiacusia (defecto de la audición) en la cual el anciano escucha mejor cuando se habla a distancia o en voz baja; más tarde se presenta la sordera total, cuando se afecta el nervio auditivo y otras estructuras del oído interno (8).

CAPÍTULO 3
VEJEZ Y DEPRESIÓN

3.1 Conceptualización de depresión.

Se iniciara por aclarar lo que es un duelo; es un proceso que comprende dos etapas:

Una aguda seguida de una crónica y que generalmente responde a una perdida, no importa de que tipo; real , fantaseada , simbólica, actual o ancestral, lo importante es que en esté proceso se dan varias manifestaciones de mecanismos adaptativos mediante los cuales el sujeto intenta integrar con la realidad la experiencia de pérdida de tal manera que las actividades vitales puedan proseguir; éste proceso es fundamental para identificar cuando se trata de una Depresión y de que tipo; cuando una melancolía o tristeza (30).

Durante la primera etapa se dice que existen siete fases que van desde aturdimiento o commonción emocional (Shock) negación del hecho, Disociación (Splithig) de funciones del yo respecto a la pérdida; activación de imágenes y de los patrones o manera de relacionarse así como la experiencia de emociones dolorosas que se acompañan de llanto.

Durante esta primera etapa se asocia con un detenimiento de profundo enojo, dicho estado afectivo es psicologicamente necesario ya que el enojo se encuentra al servicio de la necesidad del yo para controlar la conmoción emocional y de pánico inmediato e indica que el yo ha compensado a integrar e interpretar el impacto de la pérdida en el tiempo y espacio, éstos mecanismos no se presentan de manera secuencial, pueden desaparecer o volver a aparecer repentinamente hasta que el sujeto

después de haber reconocido su enojo se establezca en la siguiente etapa: el trabajo de Duelo con sus lentos y prolongados avances graduales; en donde existen una revisión "en camara lenta" de la relacion del sujeto con el objeto perdido, el conflicto respecto a la necesidad de mantener o realizar un vínculo cercano con la representación mental de aquel o aquello que se ha perdido; y una desorganización regresiva incial a la cual sigue una nueva organización interna con mayor capacidad de prueba de realidad que le permita confirmar que la pérdida, junto con todas sus implicaciones, realmente ha sucedido (30).

Debido a que como ya se ha visto un vez inicado el proceso de Duelo, pasa a través de diferentes etapas reconocibles (algunas de las cuales incluyen a su vez una gama de posibles subfases) se puede asumir que si se complica el paso a través de una de éstas, el individuo podría quedar fijado a esa particular fase o etapa.

Con lo que también el cuadro clínico se hace más complejo en la medida que refleja los impulsos y las defensas eregidas contra estas éstos, respecto a la complicación misma.

Se tiene entonces que si una complicación continua la etapa crónica los proceos psicodinámicos del doliente culminarán ya sea en una Depresión reactiva o bien en un duelo patológico establecido lo que dará origen a la maniaco depresión, melancolía o llevará al sujeto al suicidio real.

Teniendo lo anterior como base se podrá establecer que el ser humano vive día con día diferentes momentos, en donde se experimentan de manera casi desapercibida cambios de ánimo, de pronto nos enfrentamos a situaciones reales o fantaseadas que dependiendo de

cada historia de vida y situación será resuelta o no, de manera tal que si se puede vivir inmerso en el dolor o llegar a la reparación mostrando capacidad para aceptar la realidad (1).

El término depresión se utiliza en el lenguaje diario para referirse a un ánimo pasajero de desdicha, tristeza, o a la melancolía que experimentan de cuando en cuando todas las personas como parte del patrón normal de vida. También se usa la misma palabra para describir un estado clínico que puede ser similar a estos cambios de ánimo, pero que también incluye una gama más amplia de síntomas y signos que en ocasiones limitan de manera importante la capacidad funcional de una persona.

En la literatura clínica en general, la depresión tiene éste último significado y define a una de las principales categorías de enfermedad mental. No es posible establecer una separación clara entre la depresión clínica y los cambios pasajeros del ánimo y algunos autores aún discuten si la depresión es una enfermedad; sin embargo, con frecuencia los pacientes con depresión grave se tornan cada vez menos capaces de llevar a cabo sus labores diarias usuales, de trabajar y conservar relaciones satisfactorias con amigos y familiares (35).

La depresión se define como la alteración del estado de ánimo, con disminución de toda actividad psíquica, que afecta el comportamiento afectivo de la personalidad, como trastorno más común en el paciente geriátrico, así como el descenso en el nivel de la actividad económica y disminución del poder adquisitivo (1).

Las manifestaciones del estado depresivo son sentimientos de tristeza, fracaso y desesperación, y pueden llegar a ser tan importantes que el paciente tal vez piense en el suicidio (11).

La característica escencial de la depresión es "la pérdida de interés y placer en relación a las actividades y pasatiempos habituales". Los síntomas depresivos están acentuados en las personas mayores. Con frecuencia se supone que la depresión que sigue al duelo o pérdida de algún tipo es sólo cuantitativamente diferente al estado de ánimo que aparece en las denominadas depresiones endógenas. La enfermedad depresiva se clasifica generalmente como reactiva o endógena, queriendo decir que la enfermedad ha sido o no precipitada por un estrés psicológico (23).

3.1.1 Tristeza

La tristeza es un fenómeno específicamente humano, se le puede definir como un tipo especial de dolor que no es físico sino mental. En el lenguaje común, la palabra dolor incluye por igual al físico y al mental, puesto que como vivencias subjetivas de sufrimiento son similares. Si la hipótesis general acerca de los sentimientos es correcta, es posible que la tristeza tal como se postula para el dolor físico, haya seguido formando parte de la evolución porque era útil a los fines de supervivencia. Existen como ejemplo siete situaciones capaces de entristecer a una persona normal:

1) Se entera de la muerte repentina de una persona querida y queda en un estado de dolor y duelo.

2) Un hijo o una hija han sido reprobados en un examen.

3) La mujer querida le manifiesta sin rodeos y de manera irrevocable que ya no lo ama.

4) Inesperadamente pierde un puesto que ocupo durante años con dedicación y lealtad y que era para él motivo de placer y gratificación.

5) Ha sido humillado por su jefe en presencia de sus compañeros de trabajo.

6) Advierte que una posición básica o una determinada orientación que ha adoptado en su vida (por ejemplo, la adhesión a una causa, a una persona o a un tipo especial de actividades) es equivocada, y ahora tiene que cambiar de rumbo, después de haber malgastado tiempo y energía.

Las experiencias existenciales nos permiten saber que individuo que se enfrenta con una o más de las circunstancias enumeradas, puede sentir emociones que varían desde una ligera tristeza hasta el abatimiento, la angustia, la desdicha y el pesar profundo (30).

La persona que suceda un hecho peligroso o desfavorable, se encuentra en un estado de ansiedad. Pero en los siete ejemplos citados, la pérdida ya ha ocurrido y el daño ya está hecho; y precisamente porque advierte que el daño ya esta hecho, el individuo experimenta tristeza y no ansiedad.

Es evidente que para estar triste tiene que haber hecho antes una apreciación de su situación, además de reconocer el impacto que el suceso indeseado ejerce en su vida actual, evalúa los efectos negativos que tendrá sobre su futuro (25).

3.1.2 Melancolía

Hipócrates definía a la melancolía como una incomodidad o miedo prolongado y la atribuía a la bilis negra, uno de los cuatro humores corporales. Los sentimientos de culpa irracionales y la de presión patológica eran síntomas típicos de los melancólicos. Los médicos griegos y romanos señalaron que las personas mayores sufrían melancolía, y descubrieron un aumento de su frecuencia entre los individuos de mediana y edad avanzada.

Durante el siglo XIX, los nuevos conceptos sobre la enfermedad mental hicieron que los médicos considerasen prácticamente inseparables la depresión senil y la demencia. Las pasiones fuertes de amor, excitación, envidia y ambición serían la causa que precipitaran la melancolía, ésta constituye el primer estado de toda enajenación mental y la enajenación crónica degenera en la demencia (10).

La observación de que la depresión era infrecuente en las fases más avanzadas en la vida sé amplio, para ser considerada precursora de la demencia, corroborando el concepto de que la melancolía constituiría la fase inicial de todas las formas de enfermedad mental (30).

3.1.3 Manía y depresión

Manía

Es una enfermedad mental caracterizada por exaltación del tono afectivo o emocional, hiperirritabilidad, hiperideación e hiperactividad. Esta afección suele iniciarse

súbitamente, con síntomas de hiperactividad y fuga de ideas; el paciente suele mostrar euforia vacía, usa un lenguaje repetitivo y vulgar, muestra hostilidad y resentimiento, con actitudes fuera de contexto.

Es cierto que durante la tercera edad los estado maníacos son infravalorados. Hay una obstinada resistencia a reconocer los actos sin sentido, bromas, juegos de palabras, gritos y exhibicionismo, que no deben hacer pensar tan sólo en la posibilidad de un deterioro intelectual ya que un estado maníaco puede estar encuadrado en un síndrome maníaco depresivo de revelación tardía.

La mayor parte de los síndromes maníacos que ocurren en la tercera edad pueden considerarse como funcionales y aunque la enfermedad avanza hacia la cronicidad el deterioro intelectual no es rápido (8).

Depresión

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente a cualquier edad, pero bastante más en el adulto mayor en quien se considera como característico del humor quejumbroso y gruñón; sin embargo, en muchos casos las depresiones pueden pasar inadvertidas y por lo mismo no reciben tratamiento adecuado.

Se sabe que alrededor de 6 u 8% de los maníaco depresivos enferman por primera vez en edades superiores a los 60 años. Se menciona la desnutrición como otro factor de importancia; como síntoma predominante de la enfermedad depresiva destaca la anorexia, la cual agudiza la desnutrición que por sí misma puede causar mayor apatía e indiferencia, provocando un círculo vicioso.

En virtud de que la enfermedad depresiva se asocia con molestias físicas, puede no ser identificada e incluso

considerarse en algunas de sus manifestaciones como lo normal; tal acontece en los cambios de humor y en actitudes hostiles, bien en la confusión mental que puede presentarse en algunos cuadros febriles.

Algunos casos son básicamente endogenos y requieren tratamiento psiquiátrico independiente de la condición física; es un extremo difícil de juzgar si las quejas del adulto mayor tienen su origen en trastornos físicos, psiquiátricos o en situaciones mixtas. Las crisis depresivas son peligrosas por que durante ellas el sujeto puede presentar tendencias suicidas, sobre todo si hay antecedentes de hipocondría (preocupación y angustia).

Se menciona el nihilismo, como el estado de ánimo en el cual la vida carece de sentido el individuo no encuentra nada valioso dentro de sí y busca la desaparición de su persona a la que no concede ningún propósito (8).

3.1.4 Síntomas y Signos (depresión)

Síntomas

Entre los signos de los trastornos depresivos se incluirán todos aquellos comportamientos observables que sugieran depresión. En la tabla 1 se presenta una modificación de la clasificación de Beck.

Los síntomas emocionales de depresión son aquellos cambios en los sentimientos de la persona que acompañan a la depresión. Al evaluar estos síntomas emocionales, debe tenerse en cuenta el estado previo de humor. Los cambios de los síntomas emocionales en relación con el aspecto normal para la edad, sexo, raza y personalidad

previa del paciente tienen más importancia que la presencia o ausencia de un síntoma concreto (25).

Los estados de ánimo más frecuentes y característicos en la persona deprimida son el abatimiento y la tristeza. Sin embargo, el abatimiento no es tan habitual en los pacientes geriátricos con depresión (10).

El descenso de la satisfacción por la vida es un síntoma emocional importante entre los pacientes deprimidos. Se han realizado muchos estudios sobre la satisfacción vital de los pacientes geriátricos. Beck (1967) observó que el 92% de los pacientes con depresión experimentaban por lo menos una pérdida parcial de esa satisfacción, lo que hizo que ese síntoma fuese el más habitual en su estudio sobre pacientes deprimidos.

Los sentimientos de impotencia, desesperanza e inutilidad son experimentados por las personas que sufren trastornos depresivos en cualquier fase del ciclo vital. Sin embargo, en los pacientes geriátricos desmoralizados y desanimados, se observa una sensación de impotencia y desesperanza respecto al futuro; sentimientos que pueden reflejar hasta cierto punto la realidad, si se tienen en cuenta las dificultades a las que han de enfrentarse. Las enfermedades y la penuria económica pueden restar autonomía al individuo y justificar su desánimo respecto al futuro (10).

Síntomas Cognoscitivo

La disminución de la auto estima es el síntoma cognoscitivo más característico, y fue hallado por Beck en el 18% de sus pacientes con depresión grave (1976). Sin embargo, resulta menos común en los pacientes

geriátricos, y en ellos tiende hacer sustituido por otras anomalías del pensamiento, como el pesimismo injustificado respecto al futuro. El adulto mayor deprimido suele pronunciar frases como: **"No me queda nada que esperar", "es inútil que haga cualquier cosa, ya que dentro de unos meses estaré muerto" (25).**

La evocación de los problemas recientes presentes y pasados es característica de los ancianos con depresión. Estos suelen repetir su evaluación y sus sentimientos sobre un hecho particular en sucesivas sesiones diagnósticas y terapéuticas. Tal evocación puede acompañarse de ideas delirantes de inutilidad. Las ideas delirantes de conducta imperdonable o de auto acusación están relacionadas con las nociones egocéntricas de casualidad, frecuentes en los pacientes geriátricos (10).

Síntomas Físicos

Diversos investigadores han comentado la frecuencia de síntomas hipocondríacos entre los pacientes geriátricos (De Alarcon,1964).

De Alarcon observo tales síntomas en el 65.7% de los varones y el 62% de las mujeres atendidos en una clínica geriátrica por depresión. Entre los sujetos con síntomas hipocondríacos, sólo el 19% se había preocupado durante toda la vida por su salud; así pues el aumento de interés por la salud pareció guardar relación con el comienzo de los síntomas depresivos. El aparato digestivo constituye el núcleo más frecuente y con mucho de las consultas. Las cefaleas, molestias urinarias y la caída del cabello también fueron síntomas frecuentes. A pesar de la alta incidencia de enfermedades cardiovasculares en la geriatría, los síntomas hipocondríacos relacionados con el corazón

resultaron mucho menos frecuentes que los gastrointestinales (25).

Steuner Et al (1980), encontraron numerosos síntomas somáticos entre los ancianos deprimidos, tales síntomas parecían contribuir menos a la depresión que la desesperanza, la disminución de la actividad, la dificultad para hacer las cosas, el sentimiento de inutilidad y los problemas para tomar decisiones.

Las alteraciones del sueño se encuentran entre las molestias físicas más frecuentes entre los pacientes geriátricos con depresión.

Síntomas Volitivos

La volición consiste en impulsos y estímulos experimentados constantemente por un individuo; el comienzo de la depresión puede provocar cambios volitivos notables. Beck (1967) señala que una de las características del sujeto deprimido es la regresión. Muchos pacientes con depresión evitan las actividades más exigentes y se retraen a los que lo son menos respecto al grado de responsabilidad o iniciativa que exigen.

La depresión grave se acompaña frecuentemente por una parálisis completa de la voluntad (25).

Signos

Cuando se examina a una persona de edad avanzada con depresión grave, los síntomas observables de la enfermedad depresiva proporcionan muchos indicios que no es posible obtener mediante la revisión de los síntomas. Lehman (1959) sugiere que la mayor parte de los casos de depresión pueden diagnosticarse mediante la observación.

La expresión de tristeza, la lentitud de movimientos o la agitación, el llanto frecuentemente, la reiteración y otras expresiones de dependencia y desesperanza son características de la depresión.

Frecuencia de los síntomas depresivos.

Durante los últimos 25 años han aparecido en la literatura médica numerosas revisiones sobre la frecuencia de síntomas depresivos en la población general, los pacientes ingresados y atendidos en diversas clínicas.

Debido a la falta de acuerdo entre los diversos centros respecto al diagnóstico de depresión, en la mayoría de estos estudios se utilizaron escalas de valoración y listas de comprobación para evaluar el trastorno. En la tabla 1 se presentan cinco de las escalas de valoración comúnmente utilizadas en la literatura médica (41).

TABLA 1. Comprobación entre los síntomas evaluados por diversas escalas de depresión.

Síntomas	Beck (1967)	Hamilton (1960)	Zung (1965)	CES-D (Welssman) et al,1977	ODS (Blazer) 1980
Emocionales					
Humor abatido	X	X	X	X	X
Sentimientos negativos para consigo mismo	X			X	
Disminución de la satisfacción por la vida	X		X	X	X
Pérdida de interés		X			X
Crisis de llanto	X	X	X	X	
Irritabilidad	X	X	X	X	X
Sensación de vacío			X		
Miedo		X		X	
Cognoscitivos					
Pensamiento lento					X
Poca autoestimulación			X		X
Espectativas negativas, desesperanza	X	X	X	X	X
Precaución		X			X
Indecisión	X	X	X		
Sentimientos de culpa	X	X			X
Confusión		X	X	X	X
Preocupación por la salud	X	X			
Ideas delirantes					
De inutilidad		X		X	X
De autocastigo	X	X			
Físicos					
Astenia (debilidad)	X	X	X	X	X
Trastornos del sueño	X	X	X	X	X
Anorexia	X	X	X	X	X
Variación diurna		X	X		
Pérdida de peso	X	X	X		
Agitación	X	X	X	X	
Retrazo	X	X	X		X
Volitivos					
Retraimiento social	X	X			
Impulsos suicidas	X	X	X		

TABLA 2. Signos y síntomas de la depresión de las fases avanzadas de la vida .

Síntomas	*Signos observables*
Emocionales	**Aspecto**
Abatimiento o tristeza	Postura inmóvil
Disminución por la satisfacción por la vida	Facies triste
	Falta de cooperación
Pérdida de interés	Retraimiento social
Llanto impulsivo	Hostilidad
Irritabilidad	Suspicacia
Cognocitivos	**Retardo psicomotor**
Falta de autoestima	Movimientos lentos
Pesimismo	Marcha lenta y torpe
Autoacusaciones críticas	Cesación de la masticación
Alucinaciones auditivas y visuales	Disminución del parpadeo
Físicos	**Agitación psicomotora**
Anorexia	Actividad motora continua
Astenia	Autolesiones cutáneas
Trastornos de sueño	Marcha incesante
Dolor	Sueño inquieto
Volitivos	**Comportamiento anormal o inapropiado**
Pérdida de motivación o "parálisis de la voluntad	Amagos o intentos suicidas
	Negativismo (como negarse a comer o beber) y rigidez corporal
	Brotes de agresividad

CAPITULO 4

COMO SE VE AFECTADO EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO CUANDO LA PERSONA PRESENTA UN CUADRO DE DEPRESION

4.1 Manejo del paciente en el consultorio dental

Alivio de la ansiedad del paciente.

Para la mayor parte de los pacientes, la visita al dentista es una fuente de ansiedad, esta produce un bloqueo total a cualquier tipo de esfuerzo motivacional. Así, el asunto de primer orden es aliviar la ansiedad y la preocupación del paciente, esto se puede lograr considerando al paciente como un ser humano y no como un caso odontológico.

La expresión de preocupación por su bienestar y el interés en todo su ser (familia, ocupación, hobbies, etc.) ayudan a poner al paciente más cómodo (12).

La consideración importante se hace pertinente aquí: los pacientes son distintos, y también son los odontólogos. Esto significa que las distintas personas pueden utilizar diferentes enfoques formales o técnicas para aliviar la ansiedad del paciente geriátrico, de acuerdo con sus propias personalidades y antecedentes (17). La técnica no es importante; lo que es importante es el espíritu que esta detrás de ella. Si nuestra preocupación es sincera, el paciente recibirá el mensaje y se cumplirá el objetivo sin tomar en consideración la técnica que se use.

4.1.1 Determinar las necesidades del paciente

El paso siguiente debe ser identificar las necesidades odontológicas del paciente. Al formular preguntas a los pacientes geriátricos, debe tenerse cuidado de evitar aquellas que provean pautas o que en cierto modo induzcan a una respuesta, generalmente estereotipada, como por ejemplo: si el paciente quiere extracciones y qué es lo que piensa de las dentaduras postizas. Es necesario plantearle alternativas.

Una vez que se han determinado las necesidades dentales del paciente, éstas deben formar parte de su ficha permanente, de manera que el profesional no las olvide en futuras visitas (12).

4.1.2 Necesidades y motivación

Una vez que el paciente ha sido ayudado a reconocer sus necesidades odontológicas, se le debe alentar para que las exprese en sus propias palabras. Señalar las necesidades y hablar sobre ellas aclara aspectos poco entendidos por parte del paciente. Al tratar de satisfacerlas ha hallado un motivo para entrar en acción, o sea estará motivado. (La motivación puede definirse como el proceso de despertar y mantener el interés de una persona sobre algo durante el tiempo suficiente para que satisfaga sus necesidades)
(12).

La importancia de esto es que debemos luchar, tanto como sea posible por poner los problemas del paciente en términos de sus genuinas necesidades que puedan ser resueltas tanto psicológicas que puedan ser resueltas y sociales, es decir, aquellas que pueda percibir y definir más

claramente porque son importantes para él de acuerdo con su propia disposición y escala de valores social y psicológica (17).

4.1.3 Preparación y amabilidad

La clave del éxito en la presentaciones es una completa preparación por parte del profesional. También es importante comprender que los pacientes geriátricos no pueden captar inmediatamente lo que se les está explicando y proponiendo, por que pueden tener dudas, ansiedad, preocupación por los costos y el dolor, etc.. La amabilidad y la paciencia son fundamentales para obtener la confianza y la cooperación del paciente (3).

Una vez que el paciente percibe que el profesional está preocupado por su bienestar general y no está simplemente proponiéndole un tratamiento costoso, el éxito se transforma en un objetivo alcanzable. El dar una alternativa preventiva, presentando al paciente no sólo el hallazgo y las soluciones que se le proponen sino tomando también el tiempo de explicar la relación que tienen los problemas bucales en la salud general, por qué se produjeron estos problemas y cómo se pueden impedir su recurrencia, en un modo efectivo de ganar la confianza del paciente (17).

4.1.4 Ambiente

Idealmente la presentación debe hacerse en un ambiente que provoque pocas tensiones de manera que el paciente pueda sentirse más cómodo y libre de participar en la discusión. La sala de espera para pacientes, si está es un lugar excelente para la presentación. El escritorio

privado del profesional puede ser también adecuado, aunque los ambientes elaborados con grandes escritorios pueden ser algo abrumadores. Un ambiente demasiado lujoso puede llevar al paciente a pensar de que está pagando ese lujo. De todos modos el lugar donde se hace la presentación no es tan importante como el modo en que se le hace y la persona que la realiza (17).

4.1.5 Implementación del programa dental

Típicamente, la implementación de la fase activa de un programa de odontología lleva seis visitas, aunque algunos pacientes pueden necesitar más y otros menos tiempo, dependiendo de sus necesidades, nivel de comprensión, destreza manual y grado de motivación. Se necesitan visitas adicionales de seguimiento para proveer el esfuerzo de los hábitos de salud recientemente adquiridos (técnicas de cepillado, higiene en sus prótesis dentales, etc.) hasta que se establezcan firmemente y para corregir los procedimientos que pueden no ser practicados correctamente por el paciente (9).

Con el objeto de mantener la continuidad del programa dental y proveer frecuentes esfuerzos cuando más se los necesita, preferimos espaciar las visitas iniciales a intervalos semanales.

4.1.6 Seguimiento (control)

Es una experiencia común entre los odontólogos que el entusiasmo y el apego por los programas de control disminuyen en muchos pacientes con el tiempo. Para asegurarnos que los pacientes sigan practicando las medidas de control tal como se les enseñaron, son

necesarios refuerzos periódicos hasta que las nuevas prácticas se transformen en hábitos (12).

Las sesiones de seguimiento iniciales, generalmente se fijan a intervalos cortos de cuatro a seis semanas. A medida que se establecen los nuevos hábitos, el paciente geriátrico puede ser visto cada tres meses y luego ubicado en el programa de control habitual del consultorio de seis meses. En las visitas de control se realizaran exámenes clínicos, evaluaciones de la placa y de la gingiva, en caso de contar con dientes remanentes. Los pacientes que tienen placa y / o gingivitis, reciben más instrucciones sobre el control de placa y aliento (7) .

Una vez que se ha terminado el trabajo necesario, se alienta al paciente para que continúe con su programa y se le cita para la próxima consulta.

4.2 Características del paciente con depresión en las siguientes patologías de cavidad bucal

Xerostomía.

Las quejas de sequedad de boca son muy frecuentes y sólo raras veces corresponden a un síndrome de Sjögren por lo que debe investigarse cuidadosamente.

Muy a menudo la sequedad de boca se puede explicar por la toma de medicamentos y en particular en nuestro ámbito el uso de antidepresivos (10).

La sequedad bucal tiende a incrementarse y ser fuente de afecciones bucales micóticas o infecciosas, caries y enfermedad periodontal; de manera más simple, puede ser el origen de dolores más intensos, de una mala tolerancia de la dentadura y finalmente de anorexia.

Por tanto habrá que dedicarse a suprimir las causas y a compensar las consecuencias, por ejemplo por la prescripción de estimulantes del flujo salival, (dulces de leche, pastillas de ácido ascorbico, limón, goma de mascar, menta y enjuagues de xero-lube (ion de cloruro) (22).

Todas estas dificultades no pueden distinguirse de la frecuencia con que se deja de cumplir con los cuidados de cepillado y limpieza de dientes, en particular cuando sobrevienen dificultades motoras en el adulto mayor (10).

4.2.1 Glosopirosis

Se trata de dolores lacerantes del tipo de quemaduras que afectan a la lengua desde la punta para extenderse hacia atrás hacia la faringe; después de éstos dolores pueden desbordar progresivamente hacia las encías y las mejillas. Lo importante es que no existe en el examen de la boca, ninguna anomalía morfológica ni ninguna lesión orgánica de la mucosa o de los dientes (10).

Se ha podido observar que los dolores pueden coincidir con la muerte de un allegado o de la aparición de un cáncer orofaríngeo en un familiar. En algunos casos existe una sintomatología cancerofóbica, pero no es la regla. En las tres cuartas partes de casos, esta sintomatología aparece en el adulto mayor de más de 60 años y mucho más a menudo en la mujer que en el hombre. A nivel clínico, lo importante es percibir la frecuencia de un síndrome depresivo y ansioso que evoluciona paralelamente a los dolores, con periodos de mejoría y después se agrava. Pero la regla es que los dolores persisten; pueden existir incluso al margen de la depresión y constituir una queja aislada durante años.

4.2.2 Disfágia

La disfágia sobreviene espontáneamente o a continuación de complicaciones bucales.

Hay que insistir en los casos en que la queja del adulto mayor es manifiestamente paradójica. Puede comer con detenimiento, con dificultad, pero parece evidente que traga, sintiendo un bloqueo y aveces negando que la comida o los líquidos desciendan.

Estas formas de disfagía pueden ser cercanas a los delirios de negación y pueden tener una significación depresiva melancólica (18).

A veces coexisten igualmente con un nudo de angustia en la garganta. También es posible que tal convicción sea ahuyentada rápidamente por el entorno familiar o asistencial y que haya que buscarla sistemáticamente para ponerla de manifiesto.

4.2.3 Odontalgia atípica

Este término (y los de odontalgia idiopática o periodontalgia y dolor dental fantasma) describe la odontalgia sin causa detectable (es decir, dolor persistente en un diente o un grupo de ellos que no muestran anormalidades en la percusión, estudios diagnósticos térmicos o eléctricos o en el examen radiográfico). De manera característica el dolor no se afecta por la terapéutica endodóntica ni la extracción del diente y persiste en el sitio en que se extrajo o pasa a uno vecino. El diagnóstico diferencial incluye " síndrome de diente

agrietado" , dolor referido de una pulpa en degeneración en un cuadrante opuesto o el mismo de la mandíbula, neuralgia traumática, rara vez, de origen central (35).

Con excepción del carácter muy bien localizado del dolor, es difícil diferenciar la odontoalgia atípica del dolor facial atípico y la mayoría de los autores suponen que es una variante de este último o de dolor psicógeno .

La asociación con la depresión es mucho más firme en la mayor parte de las series de casos y al parecer se justifica mejor clasificar el trastorno como una forma de dolor facial atípico, piscógeno o somátiforme.

4.2.4 Dolor bucofacial atípico

El término dolor bucofacial atípico, que se utilizo por primera vez hace más de 60 años para describir a un grupo de pacientes con un síndrome doloroso buco facial que no se adecuaba a las categorías anatómica y etiológica estándar de dolor facial y que respondieron mal al tratamiento, se ha empleado con frecuencia como una designación para cualquier dolor crónico que responde mal al tratamiento (35).

Las características que sugiere con mayor frecuencia el diagnóstico el dolor facial atípico es la incapacidad del paciente para definir un sitio y calidad precisa del dolor.

El enfermo suele utilizar descripciones como " molestia sorda, profunda" y cuando se le pide que señale el sitio del dolor rara vez reduce el área afectada a la que puede lograr un enfermo con pulpitis o dolor por lesión neural traumática.

En estos pacientes suele observarse una tendencia a respuestas discursivas, errantes, que contribuyen de manera importante a la frustración del clínico cuando

intenta comprobar un antecedente claro del problema de dolor del enfermo. Estas dos características son notables por que pueden indicar al odontólogo que se trata de un dolor facial atípico (31).

4.2.5 Disgueusia idiopática

A pesar de los adelantos en valoración y diagnóstico clínicos de los trastornos del gusto, la hipogeusia y disgueusia idiopáticas aún son diagnósticos relativamente comunes (22% de pacientes en una serie de enfermos valorados en un centro de investigación clínica del olfato y el gusto). También es común que se comente la disfunción del gusto como molestia concurrente en pacientes con glosopirosis. En este grupo, quienes se quejan de sabores persistentes sin estímulos específicos comentan así mismo un aumento en la percepción de concentraciones bajas de los sabores dulce y agrio y tienden a identificar de manera errónea las diluciones muy bajas de estimulantes del gusto con el término "sabe" en lugar de "no sabe".

Igual que el dolor facial atípico y la xerostomía idiopática, la disgeusia idiopática también se ha considerado como manifestación de depresión; en un estudio se encontraron 19 de 47 pacientes con depresión no tratados que admitieron sensaciones gustativas desagradables (35).

Casi la mitad de las personas estudiadas en esta forma experimentaron fantasma del gusto del lado colateral en la parte posterior de la lengua, que pudo abolirse mediante un anestésico tópico local (40).

La depresión es un trastorno concurrente común de una anormalidad sensorial crónica, y en ocasiones su

tratamiento reduce la intensidad de estas molestias o las suprime.

4.2.6 Dolor psicológico y psicógeno

Con frecuencia se utilizan los términos dolor psicológico y psicógeno (y los relacionados dolor conductual, dolor funcional y los que describen los diversos trastornos somatoformes, como la hipocondriasis y el trastorno de dolor somatoforme, y el fingimiento) como descripciones diagnósticas para detectar el dolor sin las cuales no es posible encontrar una explicación física satisfactoria en pacientes que muestran pruebas claras de anormalidad psicológica de grados variables (35).

Cuando no existen anormalidades físicas identificables que expliquen los síntomas del paciente, no debe establecerse el diagnóstico de dolor psicológico sin una prueba clara de anormalidad psiquiátrica (40).

Es muy útil un psiquiatra que colabore estrechamente con la unidad de diagnóstico médico bucal, familiarizado con enfermedades de la boca y problemas psicológicos, para valorar la sospecha de problemas emocionales e identificar y tratar pacientes dentales en estos factores emocionales complican sus problemas bucales físicos.

4.2.7 Enfermedad dental secundaria a depresión y terapéutica antidepresiva

Casi todos los antidepresivos y varios otros medicamentos que se utilizan para modificar el ánimo (p. ej., tranquilizantes como: tioridacina, Imipramina, levomeprovacina, clorpromacina, procalmadiol, trimeprimina, clorimiprimina) y posiblemente la depresión

en si origina una disminución importante del flujo salival.

Como la enfermedad y su tratamiento pueden durar meses a años, es posible que la reducción del flujo salival tenga efectos desastrosos en la dentición , produciendo caries. Tambien es factible que la depresión se complique por mala higiene bucal en épocas de estrés emocional, una alternativa para solucionar este problema es el uso de caramelos y ácidos (limón o ácido ascórbico) para controlar los síntomas xerostómicos y disguéusicos (síndrome de caramelo agrio).

En consecuencia, después de un episodio de depresión, (debido al abandono físico del paciente), con frecuencia se presentan caries dentales excesivas análogas a las que se observan después de la radioterapia de la cavidad bucal. También mayor acumulación de placa dentobacteriana, aunque no se han comprobado efectos importantes en el periodonto como alteraciones secundarias de la xerostomía. (10).

CAPITULO 5

TRATAMIENTO

El *tratamiento* se basa en reducir el dolor y el sufrimiento que la depresión produce. Cuando es exitoso, genera la desaparición de los síntomas depresivos y permite que la persona regrese a su vida normal. Mientras más pronto se instale un tratamiento para la depresión, más pronto se obtendrá la mejoría. Como en el caso de otras enfermedades, mientras más tiempo de duración tenga, más difícil será aliviarla.

La mayoría de las personas que reciben tratamiento antidepresivo mejoran y regresan a sus actividades habituales después de algunas semanas de estarse tratando . Debido a que el efecto completo de los antidepresivos tarda algunas semanas en desaparecer, es importante no desalentarse si en los primeros días no se presentan signos de mejoría o si el primer intento de tratamiento falla. En la mayoría de los casos siempre se encuentra un tratamiento que funcionará (15).

Los principales tratamientos para la depresión son los siguientes:

- Medicamentos antidepresivos.
- Psicoterapia
- Medicamentos antidepresivos en combinación con psicoterapia.

En algunos casos muy severos o complicados de depresión, otros tratamientos tales como la terapia electroconvulsiva, o la terapia con luz, podrán ser utilizados siendo alternativas para casos especiales y con grandes posibilidades de éxito.

La mayoría de los pacientes deprimidos son tratados acertadamente por los médicos generales o por otros especialistas. Sin embargo en algunos casos se requiere de la intervención del médico psiquíatra debido a que el tratamiento no está funcionando adecuadamente o se necesita de un tratamiento combinado o bien por que la depresión es severa y ha durado tiempo prolongado.

En algunas ocasiones lo único que se requiere es una segunda valoración para determinar que el diagnóstico y el tratamiento son los adecuados.

Si se requiere la intevención del especialista, por lo general ésta se da en forma externa en un consultorio (no en el hospital) (15).

5.1 Decisión terapéutica

♦ Lugar de tratamiento.

En un primer tiempo, con la condición de que la intensidad no sea de grado melancólico y que no haya riesgo importante de suicidio debe considerarse el tratamiento ambulatorio, es decir, con mantenimiento en el lugar de vida habitual del paciente. Hay que tener en cuenta diversas dificultades que dependen en parte de la edad y del terreno:

1.- La importancia de que las quejas hipocondríacas, la frecuencia de lesiones somáticas, latentes o que

enmascaran por el contrario, la sintomatología depresiva y el temor o las repercusiones de los signos colaterales hacen que sea esencial prever un balance somático y una vigilancia médica cuidadosa. Esta no puede ser verdaderamente eficaz más que en un medio hospitalario (41).

2.- La necesidad de adaptar las dosis, supervisar los signos secundarios y observar las modificaciones tímicas puede aconsejar una vigilancia en una institución médica.

3.- Los factores psicológicos pueden igualmente ir en favor de dicha supervisión: no sólo el riesgo que constituye la posibilidad de una tentativa de suicidio o de una ingestión inadecuada de los medicamentos prescritos, sino también el hecho de que la ruptura con el medio habitual y sus conflictos crónicos es a veces beneficiosa, incluso cuando es delicado prescribir eso (15).

- **Elección del antidepresivo.**

No existe ningún criterio científico decisivo que permita prever la actividad de un fármaco sobre un paciente deprimido; sin embargo, varios factores permiten al los que han de prescribir orientarse en la amplia gama de medicamentos ofrecidos.

El primer elemento en el adulto mayor es asegurarse de la ausencia de contraindicaciones a los efectos neurovegetativos de tipo anticolinérgicos para que particularmente ser marcado con los tricíclicos.

Los antidepresivos tricíclicos han constituído el tratamiento farmacológico de primera línea para los trastornos depresivos en los adultos y personas de la

tercera edad desde su descubrimiento al final de la década de los 50.

Agentes antidepresivos utilizados habitualmente para el tratamiento del anciano **depresivo.**

El descubrimiento de medicamentos antidepresivos realmente eficaces ha situado actualmente a la quimioterapia en la primera fila de los tratamientos de los estados de depresión. Los medicamentos puestos a nuestra disposición son actualmente de dos tipos principales: éstos son los derivados tricíclicos, particularmente los derivados del iminodibencilo, cuyo prototipo es la imipramina (Tofranil), y los inhibidores de la monoaminooxidasa (I.M.A.O.).

En las depresiones de tipo melancólico se prescribirá de entrada imipramina. El tratamiento de comienzo puede hacerse por 1 a 3 ampollas de 25 mg de imipramina mediante inyecciones espaciadas durante la primera parte del tratamiento. La imipramina (Tofranil) no se acumula en el organismo y permite un paso rápido, eventualmente al grupo de inhibidores de la monoaminooxidasa, los cuales permanecen almacenados en el organismo y no son eliminados más que al cabo de unos quince días (41).

La clorimipramina (Anafranil), de la misma familia que la imipramina,esmenos ansiógena pero menos sedante que ésta; estaría indicada especialmente en las depresiones neuróticas y en las depresiones melancólicas simples. El tratamiento suele iniciarse con 2 grageas diarias de 25 mg. hasta llegar a 4 grageas diarias en una semana; tambien puede administrarse en inyección intramuscular, pasando de 2 a 4 ampollas diarias; y en perfusión lenta (1 a 2 ampollas diarias).

La desmetilmipramina (Pertofrana), otro derivado del iminodibencilo, tiene las mismas indicaciones que la imipramina pero la latencia de su acción sería más corta, 4 a 6 grageas de 25 mg por día (41).

La amitriptilina perteneciente al mismo grupo de derivados tricíclicos que la imipramina, pero con un subgrupo diferente (derivados del dibenzociclohepteno) está más indicada en las formas ansiosas y en los ancianos, y se prescribe a la dosis de 50 a 150 mg por día, en comprimidos de 10 o 25 mg, o en ampollas de 20 o 50 mg. Las dosis son rápidamente progresivas y después muy lentamente regresivas en el momento de la convalescencia.

En resumen, en caso de agitación o de gran ansiedad tendrá interés prescribir amitriptilina mejor que imipramina. Pero en todos los casos los resultados sólo pueden darse por válidos después de una semana o dos al menos de tratamiento. Únicamente después de éste plazo, y si no mejora el estado depresivo, esta indicado ensayar otra quimioterapia

En los enfermos que no presentan mejoría dentro de las 4 o 5 semanas se puede alternar medicamentos precedentes, tras la interrupción de 3 a 6 días, por el grupo de inhibidores de la M.A.O. Se prescribe igualmente un I.M.A.O. en las depresiones frustradas en que domina la inhibición. Entre los medicamentos de éste grupo, citemos: la iproniacina (Marsilid), 1 a 3 comprimidos de 50 mg por día; la nialamida (Niamid), 1 a 3 comprimidos de 25 a 50 mg o un frasco de 500 mg en I.M. o perfusión; la fenelcina (Nardelcine), 1 a 3 comprimidos de 15 mg.

Además de los dos grandes grupos precedentes, puede también administrarse en los estados depresivos el sulpiride (Dogmatil) que además de su acción antipsicótica

indicada en la melancolía, posee una acción antidepresiva; la dosificación suele ser de 6 a 8 comprimidos al principio, para reducirla progresivamente (41).

La dibencepina (Noveril), grageas de 40 mg y ampollas para I.M. de 40 mg, se prescribe a dosis crecientes que alcanzan en 4 a 8 días 300 a 400 mg mantenidos durante 4 a 8 semanas, después reducción progresiva de las dosis. Sus indicaciones son los estados depresivos neuróticos en los que predominan la ansiedad y la astenia, los estados depresivos de expresión psicosomática y las depresiones de personas de edad avanzada.

La doxepina (Sinequam) posee una acción ansiolíticosedante (presentación: comprimidos de 10,25 y 50 mg; y ampollas de 50 mg).

El opipranol (Nisidana), derivado del iminostilbeno, tiene las mismas indicaciones. Puede prescribirse con facilidad en cura ambulatoria a la dosis de 3 a 6 comprimidos (41).

Se observa en los adultos mayores una alta incidencia de efectos colaterales, como hipotensión retención urinaria, confusión, estreñimiento y glaucoma. Sin embargo, a menudo son eficaces las dosis de aproximadamente 1mg/kg de peso corporal. Esta dosificación equivale a la tercera parte de la generalmente necesaria en pacientes más jóvenes.

Actualmente, es muy raro que un paciente no haya estado sometido ya aun tratamiento antidepresivo. Si la dosificación era manifiestamente insuficiente, sin efectos secundarios molestos, hay que recurrir a una posología más fuerte. Si el tratamiento precedente había sido verdaderamente un fracaso con aparición de efectos secundarios muy molestos por la ineficacia terapéutica al cabo de dos a tres semanas, se puede proceder, tras una

corta pausa terapéutica, al empleo de un antidepresivo de una clase diferente (41).

Siempre que el profesional se enfrente a un cuadro clínico complicado que incluya síntomas depresivos, el primer paso debe consistir en suprimir todos los medicamentos sin eficacia terapéutica demostrada (10).

5.2 Desarrollo del tratamiento

La posología del antidepresivo depende ciertamente de la edad, pero sobre todo del estado fisiológico del paciente: Se puede tomar en cuenta como base para un peso normal una posología restringida en un tercio en pacientes con menos de 70 años, y reducida a la mitad en pacientes mayores de dicha edad. En caso de insuficiente actividad o cuando el tratamiento es bien tolerado, se podrá pasar posteriormente a las dosis del adulto joven.

En caso de hospitalización, es aveces deseable iniciar el tratamiento por vía en perfusión intravenosa. No sólo es posible alcanzar bajo vigilancia dosis eficaces, sino en el entorno terapéutico médico es muy favorable para el anciano deprimido.

El tratamiento se prosigue hasta la obtención de resultados tangibles por los facultativos y el propio paciente, permaneciendo muy atentos a los eventuales efectos secundarios, que se intentará atenuar o compensar progresivamente.

Si una quimioterapia bien conducida parece ineficaz, si los efectos secundarios hacen correr riesgos al paciente, si el síndrome depresivo sigue siendo indiscutible, hay que cambiar de fármaco y de tipo de acción o incluso

considerar una serie de electroshocks cuya eficacia es aveces muy rápida y espectacular en el anciano.

La duración del tratamiento de ataque, y de la hospitalización que puede ir asociada, es del orden de 4 a 6 semanas. Las medidas que se han de tomar para la vuelta a la vida anterior son muy importantes. Hay que desconfiar de los retornos demasiado precoces bajo el pretexto de una mejoría rápida. Una estancia en una casa de reposo no debe revestirse de todas las posibilidades de mejoría que la hospitalización no ha sido capaz de proporcionar. Este ingreso sólo debe hacerse cuando el paciente lo pide y espera algo de él.

El regreso al domicilio familiar o propio comporta reanudar hábitos de vida, pero también aveces los viejos problemas y dificultades; si se debe tomar una decisión, se debe ayudar a la persona exponiéndole los aspectos de la problemática familiar y favoreciendo el diálogo entre todos los parientes (13).

Hay que saber, en estos casos, mantenerse parco en consejos incluso cuando éstos parezcan evidentes.

Todos parecen estar ahora de acuerdo en que la quimioterapia se ha de mantener durante tres a seis meses (no necesariamente a una dosis menor que la que resultó eficaz durante este episodio) para evitar la recaída, es decir el reinicio de síntomas de un episodio que no habría sido curado sino mitigado.

5.3 Tratamiento profiláctico

Se considera reducida la aparición de un nuevo episodio depresivo, más allá del período de curación asintomático de 6 meses.

Se ha visto que el desencadenamiento de un episodio depresivo en un anciano conlleva riesgo de recidiva en 1 caso sobre 10 al cabo de 2 años y en 3 de cada 4 a los 10 años.

El anciano puede, por tanto, estar afecto de un trastorno depresivo cíclico de tipo unipolar y que no aparece hasta la segunda parte de su vida. Ciertamente, hay que indagar sobre la existencia de un antecedente depresivo en su juventud, pero a menudo es difícil afirmar el carácter realmente depresivo del episodio por la simple anamnesis. Siempre es necesario considerar la utilidad del tratamiento profiláctico de una eventual recurrencia depresiva. Está probado en estudios con varios antidepresivos (fluoxentina-maprotilina) que el riesgo de recidiva se reduce notablemente por la prolongación del tratamiento.

Es también la ocasión de insistir sobre el interés de una vigilancia y de un soporte psicológico regular. Cuando el paciente padece de una forma tardía de depresión bipolar, puede ser discutible la instauración de un tratamiento con litio (cuidando bien de asegurar la integridad de las funciones renal y tiroidea) (13).

Es posible que la instauración cuidadosa de tratamientos antidepresivos bien adaptados tanto en fase aguda como profiláctica pueda disminuir la frecuencia de los estados depresivos crónicos que afectarían a una quinta parte de los ancianos. Algunas veces, la instauración del tratamiento puede conseguir una mejoría parcial, pero poco a poco reaparecen la mayoría de los síntomas de una atenuada en el paciente que duda en manifestar.

Se plantea varias preguntas: ¿Hay efectivamente resitencia al tratamiento, o se emplean dosis de mantenimiento insuficientes?, ¿No ha suprimido el paciente la toma del antidepresivo sin decírselo a su médico, para seguir con remordimientos, a otros consejeros?,¿No se producen brotes depresivos recurrentes que serían tratables sobre un fondo depresivo crónico (la llamada depresión doble)?

Una quinta parte de los pacientes afectos del síndrome depresivo mayor no mejoran. Esta evolución se define desde el tercer mes de resistencias a los tratamientos y aún más claramente a partir de los 6 meses; los síntomas persisten durante 2 años, a veces incluso durante 5 años o más.

El cuadro comporta las quejas crónicas de un síndrome depresivo exigencias terapéuticas, actitud reinvidicativa y desconfiada del entorno, búsqueda repetitiva de medicamentos eficaces y temor a una enfermedad somática subyacente que es aveces difícil de eliminar con seguridad (30).

5.4 Antidepresivos al margen de la depresión

Las indicaciones de los antidepresivos en el anciano van más allá de los síndromes depresivos diagnosticados como tales.

- **Antiálgicos.**

Modifican la integración del dolor y su repercusión psicológica.

- **Morfínicos.**

Alcaloides naturales del opio. La morfina puede ser administrada por vía oral, IV, IM o incluso por vía epidural. Más recientemente se ha puesto a punto las formas orales de liberación prolongada.

Derivados morfínicos narcóticos de síntesis. La pentazocaína (Sosegón) puede ser prescrita por vía oral y parental.
La buprenorfina (Buprex) posee una gran actividad antiálgica y su duración se prolonga más de 10 horas; superior por tanto a la morfína. Se utiliza por vía IM o IV.

Derivado morfinico no narcótico de síntesis. El dextropoxifeno (Deprancol), tiene una acción antiálgica más débil y es poco toxicomanógeno.
Se utiliza por vía oral y a menudo en asociación con paracetamol, acido acetil salicílico o fenilbutazona.

- **No morfínicos.**

El mefopam es una molécula original cuya actividad analgésica esencialmente central.

CONCLUSIONES

En todo paciente geriátrico debe hacerse una evaluación múltiple que incluya las situaciones, orgánica, funcional, psíquica y social, ya que dichos aspectos están íntimamente relacionados en el anciano y sólo una visión global puede ayudarnos a tomar medidas eficaces y adecuadas a su condición real.

El envejecimiento corresponde a un periodo vulnerable de la vida. Después de los lactantes, los ancianos constituyen el grupo de edad expuesto a mayores riesgos, razón por la cual requiere una amplia gama de cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, además de presentar necesidades especiales en materia de nutrición, higiene, ejercicio físico e inmunización. Esto incluye también adaptar sus propias necesidades de vivienda y los medios de transporte, así como proporcionarles mayor protección personal. Es conveniente apoyar las investigaciones acerca de estos problemas y sobre la totalidad del proceso biológico, mental y social del envejecimiento.

Hoy en día en los países industrializados han descubierto el valor humano de los ancianos aprovechando edad y/o sabiduría, siendo el eje principal de industrias, empresas etc., tratan de que estos vivan en la comunidad y no recluidos en instituciones. Sería una ironía trágica que los países en vías de desarrollo como el nuestro desconocieran y desperdiciaran sus propias tradiciones, en las que el anciano ocupa un lugar de reconocimiento y respeto.

La mayor contribución de los ancianos se sitúa en el plano humano: la aportación que pueden hacer a cuantos les rodean con su presencia y experiencia de la vida. Estas personas están en condiciones de hacer una contribución importante en la sociedad, permaneciendo integradas, productivas y creativas en su comunidad muchos años después de la edad reglamentaria de jubilación a los 60 años. A medida que avanzamos en el transcurso de las décadas son cada vez más numerosos los seres humanos que tienen ante sí una mayor esperanza de vida. Sin embargo, la vejez tiende a ser un periodo estéril de soledad y pobreza, en lugar de la época de plenitud serena que representa la decadencia de una vida (38).

Nuestra responsabilidad como estudiantes de la salud, es descubrir y definir, el nivel óptimo de atención para el anciano, entendiendo mejor la naturaleza humana, las *interrelaciones de individuo, familia* y sociedad, el rol de valores en la promoción, de salud o enfermedad.

Vistos éstos en gran parte, como producto del contagio de las relaciones humanas.

Como se vió a lo largo de ésta recopilación bibliográfica, los procesos involutivos por los que atravieza el hombre, las pérdidas que causan las diferentes crisis de desarrollo, las relaciones humanas en tiempo y espacio, van ha determinar independientemente de la edad cronológica, que algunas personas se sientan jóvenes y otras inútiles o viejas. Que en el transcurso del tiempo adjudican significados subjetivos a los cambios en sí mismos y en sus situaciones vitales. Algunos viven para el futuro, otras en el pasado, otras en el momento actual, ciertas personas dan importancia a su existencia terrestre. Otras en cambio, buscan su salvación en el más alla.

Los valores e interéses cambian con la modificación de las distancias entre la gente. Independientemente de la distancia real, pueden sentirse cercanas o distantes, la sensación de abandono o aislamiento en las relaciones humanas altera las necesidades como lo hace la experiencia, de la cercanía o intimidad, de acuerdo, con tales variaciones.

Las personas aman la vida o se encuentran descontentas con ellas, algunas tienen esperanzas o no se atreven a ello.

Por éstas circunstancias es necesario, mantener vigente la inquietud de tomar en cuenta en todo momento la importancia de ésta etapa de la vida del ser humano.

GLOSARIO

Anorexia.- Falta normal de apetito.

Cifosis.- Curvatura *anormal de la espina dorsal.*

Disgueusia.- Anomalía del gusto.

Egocéntrico.- Tendencia del hombre a considerarse como centro del universo.

Escoliásis.-Anat. Desviación lateral sufrida por la columna vertebral.

Euforia.- Estado de cofianza o satisfacción; sensación de bienestar, resultado de una buena salud o provacado por drogas.

Hipocondríaco.- Que padece de hipocondría; afección nerviosa caracterizada p or una tristeza habitual y preocupación constante.

Hipogueusia.- Disminución de las sensaciones gustativas.

Homeostasis.- Equilibrio del medio interno del individuo.

Hipotomia muscular. Disminución de exactibilidad nerviosa, en la hemiplejía orgánica.

Lánguidos.- Flacos, débiles, de poco espíritu y energía.

Menopausia.- Sensación natural de la menstruación.

Noviciado.- Estado de los novios antes de sus votos; tiempo que dura dicho estado.

Senescencia.- Eslafase terminal del envejeciemiento fisiológico.

Tercera edad.- Aparece con el cese de actividad laboral; empieza con unaedad variable según los individuos.

BIBLIOGRAFÍA

1. S. Arieti y J. Bemporal : Psicoterapia de la depresión Editorial Paidos. México, 1995. Pags. 277-292.

2. O. Fenichel :Teoría psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidos. México, 1992. Pags. 77-80.

3. Frank S. Pittman : Momentos decisivos, tratamiento de familias en situaciones de crisis. Editorial Paidos. México, 1990. Pags. 37,42, 74.

4. Erik H. Erikson : La adultez. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1981. Pags. 88-101.

5. Henry Maier : Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Editorial Amorrortu editores. México, 1994. Pags. 27-32.

6. A. Salgado y F. Guillén : Manual de geriatría. Edit orial Salvat. México, 1994. Pags. 231 y 232.

7. P. de Nicola : Geriatría. Editorial Manual moderno México, 1985. Pag. 304.

8. Langarica Salazar R. : Gerontología y Geriatría. Editorial Interamericana. México, 1985.
Pag.44,46,47,50,51,80,81,225 y 226.

9. L. Brant y J. Hassol : Psicología evolutiva. Editorial Interamericana. México,1987. Pag. 387.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

10. Dan G. Blazer : Síndromes depresivos en geriatría. Editorial Doyma. México, 1984. Pags. 24-27,290-292.

11. T. J. Bayley : Enfermedades sistémicas en odontología. Editorial Científica. México, 1990. Pags.56,57,70,74,106,107 y 108.

12. S. Katz : Odontología preventiva en acción. Editorial Médica panamericana. México, 1983. Pags. 46,47,49,71,73.

13. Nicholas Coni M. : Geriatría. Editorial Manual moderno. México, 1990. Pags. 71 y 72.

14. D. P. Cardinal : Manual de Neurofisiología. Editorial Diaz de Santos. México, 1992. Pag. 340.

15. G. Ferrey y G. Le Goves : Psicopatología del anciano. Editorial Masson. España, 1994. Pags. 105,175-182.

16. F. Alonso : Psicología médica y social. Editorial Salvat. España, 1989. Pags. 399-404.

17. M Krassolevitch : Psicoterapia geriátrica. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1993. Pags. 79-86.

18. A. Goic G. : Semiología médica. Editorial Mediterraneo. Santiago de Chile, 1989. Pags. 46-48.

19. V. Pastor y H. San Martín : Epidemiología de la vejez. Editorial Interamericana. México, 1990. Pags. 321 y 322.

20. M. Swash : Propedéutica de Hutchinson. Editorial Interamericana. México, 1991. Pags. 348 y 372.

21. Colin Ogilvie. Christopher C. Evans : Síntomas y sígnos en medicina clínica. Editorial manual moderno. México, 1990. Pags. 71, 146, 178, 226 y 256.

22. Ian E. Barnes. Angus Walls : Gerontology. England, 1994. Pag. 204.

23. The British Journal of Psychiatry. Julio 1993, Vol. 163. Pags. 82-90.

24. Geriatrics. January 1991. Vol. 46, No. 1. Pags. 64-66 y 71-72.

25. Geriatrics. Octuber. 1995. Vol. 51, No. 10. Pags. 28-34.

26. The American Journal of Psychiatry. August. 1997. Vol. 154, No. 8. Pags. 1174 y 1175.

27. The American Journal of Psychiatry. April. 1997. Vol. 154, No. 4. Pags. 583 y 584.

28. The American Journal of Psychiatry. September. 1997. VOL. 154, No. 9. Pags. 1293-1295.

29. Psiquiatría. Official Journal of the Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Vol. 8, No. 3. Sep-Dic. 1992. Pags. 84-94.

30. Psiquiatría. Official Journal of the Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Vol. 8. No. 2. Sep- Dic. 1992. Pags. 139-152.

31. Psiquiatría. Official Journal of the Asociación Psiquátrica Mexicana, A.C. Vol . 7 No. 2. Mayo-Agosto 1991. Pags. 70-76.

32. Athena S. Papas : Geriátrico Dentistry Aging and Oral Health. Editorial Mosbby Year Book. 1991. Pags. 31-34.

33. Archivo Geriátrico. Organo de difusión de la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría, A. C. Vol. 1, No. 1. Enero-Marzo. 1998. Pags. 5, 10 y 11.

34. Diccionario Médico, 1a. Edición Española. Ediciones Doyma. 1993.

35. Malcom A. Linch : Médicina Bucal de Burket. Editorial Interamericana, 9a. edición. México, 1996. Pags. 392,394,395,397,403,409 y 410.

36. T. J.M. Van Der Carmen M.D : Manual de Medicina Geriátrica. Editorial Manual Moderno. México, 1994. Pag. 66.

37. G. Laskaris, D. D.S, M.D : Color atlas of oral diseases. Editorial Thieme medical publilsher Inc. New York, 1994. Pags. 372.

38. José Y. Ozawa : Estomatología geriátrica. Editorial Trillas. México, 1994. Pags. 40-42, 44-46, 73-74, 80-81.

39. Kastenbaun R. : La psicología y tu. Editorial Harla, México, 1980. Pags. 7-11, 14,15.

40. Geza Terezhalmy : Clínicas Odontologícas de Norteamerica. Editorial Interamericana. México, 1989. Pag. 81.

41. Henri Ey, P. Bernad : Tratado de psiquiatría. Editorial Masson. México, 1990. Pags. 245-247.

42. Diccionario de medicina Mosby. Ediciones Oceano. 1994. Pags. 43.

44. P. Berthaux, J. P. Aquino : Cuadernos de la enfermera. Editorial Toray- masson. España, 1981. Pags. 63-64.

45. Armando Garzon Galindo. Gran Diccionario Enciclopedico visual. Editorial programa educativo visual. 1995. Pags. 1291.