

# Principios de Odontogeriatría

Carlos Alfonso Reyes Ortiz, M.D.\*

## Palabras claves:

Geriatría,  
Anciano,  
Viejo,  
Gerontología.

## RESUMEN

*La Odontogeriatría es un área de la Odontología que tiene su propia identidad, se basa en el estudio integral del anciano como persona y como paciente, en el envejecimiento y en la vejez. Se considera prioritario el cambio de mitos, estereotipos y actitudes sobre el anciano y el mejoramiento de su imagen en la salud y en la sociedad. La prevención de enfermedades, el envejecimiento sano y los tratamientos orales son posibles en los ancianos. La salud oral del anciano condiciona su bienestar y su calidad de vida.*

\* Profesor Auxiliar, Departamento de Estomatología, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

## I INTRODUCCION

La Odontogeriatría es el área de la Odontología que estudia al anciano, es considerada una nueva especialidad odontológica.<sup>1</sup> El anciano tiene necesidades de cuidado dental especiales, por esto requiere un conjunto de conocimientos aparte dentro de la Odontología.<sup>2</sup> El envejecimiento progresivo de la población mundial ha hecho que la Organización Mundial de la Salud recomiende la educación sobre temas del anciano y del envejecimiento en todas las profesiones de la salud.<sup>3</sup>

La salud oral del anciano no es sólo lo referente al sistema estomatognático ni mucho menos equivalente a las prótesis dentales, es mucho más que eso. Para estudiar integralmente al anciano se necesitan desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes sobre el envejecimiento, la vejez y el anciano.<sup>4</sup> En Odontogeriatría es prioritario el autoconocimiento de mitos y actitudes que tiene el profesional respecto a la vejez, la modificación de esas actitudes facilita el estudio y la práctica con los ancianos.<sup>5</sup>

El anciano visto primero como persona permite luego su estudio como paciente.<sup>6</sup> El anciano como paciente tiene su propia identidad y características que ameritan su estudio y tratamiento diferentes al niño y al adulto. Se considera esencial diferenciar los cambios fisiológicos por envejecimiento de las patologías que aparezcan en los ancianos en órganos y sistemas, incluido aquí el sistema estomatognático.<sup>7</sup>

La salud oral influye sobre funciones globales y específicas que van a determinar la calidad de vida y el bienestar del anciano como ser humano.<sup>8</sup> Por estas razones la formación del odontólogo debe incluir la prevención, el tratamiento y rehabilitación orales junto con aspectos físicos, mentales y sociales del envejecimiento en los ancianos.<sup>4,5,9</sup>

## II MITOS SOBRE LA VEJEZ Y LA SALUD ORAL DEL ANCIANO

La observación de un hecho fortuito en algunos ancianos, el desconocimiento sobre la vejez y las falsas creencias infundadas en las personas sobre el envejecimiento llevan a la formación de estereotipos o de mitos. En el mito se sustituye el juicio racional por la generalización en la opinión pública. Los mitos sociales ejercen influencia sobre las personas, tienen una expresión consciente o inconsciente en ellas, contribuyen a la creación de prejuicios y actitudes generalmente negativos hacia la vejez y el anciano.<sup>10</sup> Los mitos y actitudes generan temores hacia la vejez (gerontofobia),<sup>11</sup> rechazo de lo viejo y discriminación social en los ancianos. Se enumeran a continuación los mitos más comunes:

1. Los mitos del deterioro físico, la enfermedad y la incapacidad. Incluye el llamado modelo deficitario de la vejez;<sup>12</sup> la vejez no es enfermedad, tampoco lo es la niñez ni la adultez, lo que cambia es el ritmo de vida en el anciano. El envejecimiento produce disminución de algunas funciones biológicas.

cas en el organismo pero no produce insuficiencias o incapacidades, la persona puede hacer las mismas cosas con menor velocidad o fuerza; algunas habilidades se compensan con la experiencia.<sup>13</sup> Con el envejecimiento fisiológico siempre existen reservas orgánicas, no es la edad sino los malos hábitos o problemas no descubiertos a tiempo los que pueden llevar a enfermedades en los ancianos.<sup>14</sup>

2. Los mitos de la decadencia intelectual y la senilidad. La inteligencia no sólo no disminuye con la edad sino que puede aumentar si es ejercitada constantemente. El aprendizaje se puede dar hasta edades muy avanzadas si existe interés y motivación suficiente para ello. La disminución de la memoria también puede ser evitada con su uso adecuado. El término "senilidad" ha sido muy lesivo para el anciano, el peligro es que cualquier cambio en las funciones mentales del anciano se etiquete de "senil" o se crea que los ancianos se convierten en "seniles", esto es falso, debe excluirse ese término o reservarse sólo para casos patológicos excepcionales.<sup>12, 15, 16</sup>
3. El mito de la vejez asexuada y del viejo verde. La sexualidad es una condición del ser humano durante toda su vida, el tabú sexual y los prejuicios sociales impiden disfrutar la sexualidad en la vejez. El anciano tiene derecho y puede ejercer su sexualidad hasta edades avanzadas, necesita intimidad y oportunidad de ejercer su rol sexual de acuerdo a sus propias capacidades, el amor nunca muere, la capacidad de amar mejora con la edad.<sup>17</sup> La sociedad juzga precipitadamente las expresiones de la sexualidad en el anciano, un ejemplo de esto es tildar o señalar como "viejo verde" a un anciano, esto limita e inhibe la expresión sexual en las personas ancianas acentuando el tabú sexual y la incompreensión en la sociedad.

4. El mito de la ancianidad como etapa negativa. La visión e imagen de la vejez más negativa que positiva en la sociedad puede afectar la autoimagen de la vejez en las personas y producir lo que se denomina "una profecía que se autocumple" al asumir y actuar en la vejez con esa visión negativa de la vida.<sup>17</sup>

5. El mito de la edad cronológica. Se mide a las personas sólo por el número de años; en cada individuo hay una gran variabilidad en la edad biológica, en la edad psicológica, en la edad social y en la edad funcional. Existen "jóvenes" de 80 años y "viejos" de 30 años determinados por las otras edades diferentes a la cronológica; lo que importa no es la edad sino las posibilidades y habilidades que tenga una persona para ejercer sus funciones o papeles.<sup>16, 18, 19</sup>

6. El ancianismo o viejismo. Es un prejuicio y una actitud que se forma por los mitos y opiniones sociales negativos hacia la vejez. El "viejismo" lleva a la indiferencia y a la segregación de los ancianos en la sociedad. Se ve a la vejez como algo lejano que no nos pertenece y no nos permite prepararnos para nuestro propio envejecimiento.<sup>10, 20</sup>

7. El mito del anciano edéntulo. La pérdida de dientes no es parte normal del envejecimiento.<sup>21</sup> En los Estados Unidos más del 60% de los ancianos conservan sus dientes naturales.<sup>22</sup> La mayoría de los problemas dentales son por descuido y no por envejecimiento.

8. El mito de la inevitabilidad de la edad. El creer que faltan pocos años de vida y no vale la pena emplear dinero ni tiempo en sus dientes. Muchos de los ancianos siguen produciendo y tienen ingresos que les permiten hacerse tratamientos dentales.<sup>23</sup>

9. El mito de que los ancianos pueden vivir edéntulos. Se adecúa la dieta del anciano a la falta de dientes, se le recomienda una dieta blanda, sin fibra, etc.; esto trae consecuencias nutricionales, psicológicas y sociales. Creen que el anciano prefiere vivir edéntulo, solo e incomunicado.<sup>23</sup>

### III EL ANCIANO COMO PERSONA

El envejecimiento es un proceso normal en los seres vivos, comienza desde la concepción y termina con la muerte.<sup>24</sup> El envejecimiento está presente en todas las edades, es simultáneo al desarrollo humano, sus manifestaciones se hacen más evidentes en la edad adulta y en la vejez. La vejez es una etapa de la vida que se puede disfrutar, en ella se pueden desarrollar capacidades y destrezas utilizando adecuadamente el tiempo disponible.<sup>25</sup>

El anciano como persona tiene necesidades biosociales semejantes a otras edades, de ellas son importantes para resaltar las siguientes:<sup>16, 26</sup>

- A) Necesidades básicas: Alimentación, vestido, vivienda, seguridad.
- B) Necesidades elaboradas: afecto, comunicación, pertenencia y amor, sexualidad, estatus, respeto, autorrealización, sentirse útil, autoestima, socialización, trascendencia y religiosidad.

La diferencia del anciano en cuanto a sus necesidades, en relación con otras edades, está en el grado de satisfacción y la importancia que adquieren algunas de ellas. Las necesidades psicoespirituales aumentan con la edad, un anciano puede prescindir de necesidades básicas pero no puede vivir sin afecto. El anciano se siente útil si conserva su funcionalidad, desempeña roles en la familia y tiene oportunidades sociales. La autoestima del anciano

está relacionada con el sentimiento de utilidad, los valores y la imagen del anciano en la sociedad.<sup>17</sup> Muchos de los problemas de la vida del anciano están relacionados directamente con la insatisfacción de algunas de sus necesidades; esto adquiere gran importancia desde el punto de vista clínico ya que muchos de los ancianos aparentemente consultan por problemas orgánicos concretos pero en el fondo de ellos hay carencias biosicosociales que si no se tienen en cuenta impiden el buen criterio clínico. En la valoración geriátrica se tienen en cuenta aspectos clínicos, mentales, funcionales y sociofamiliares para evaluar también necesidades del anciano.<sup>27</sup>

El enfoque del anciano como persona facilita la relación profesional odontólogo-anciano, el estudiante ejercita el diálogo con otro ser humano y el saber escuchar, pone a prueba los mitos y actitudes del estudiante referentes al anciano.<sup>10</sup> Esto permite el cambio de actitudes respecto a sus conceptos sobre la vejez y el anciano, el odontólogo encuentra aplicación de ello en su vida y en su propio envejecimiento, o sea, trae beneficios para su formación humana y profesional.

#### **IV EL ENVEJECIMIENTO Y EL ANCIANO COMO PACIENTE**

El envejecimiento produce cambios en el organismo del anciano que lo diferencian del adulto y del niño. El envejecimiento se manifiesta a nivel microscópico (moléculas, célula, tejidos) y macroscópico (órganos, sistemas, persona, familia, comunidad), esos cambios son estructurales y funcionales. En el anciano el envejecimiento afecta la homeostasis, es decir, la capacidad que tiene el organismo para enfrentar los nuevos parámetros fisicoquímicos o psicológicos, su capacidad de adaptación y su capacidad de restablecer el equilibrio del medio interno; generalmente la homeostasis es más lenta en el anciano.<sup>28</sup>

El envejecimiento conserva la absorción de sustancias, disminuye el metabolismo hepático y la eliminación renal; esto se tiene en cuenta en la terapéutica del anciano pues la vida media de la gran mayoría de los fármacos esta aumentada y por lo tanto las dosis de los medicamentos se reducen a un medio o un tercio (o menos) de las dosis usuales del adulto.<sup>7, 28</sup>

El envejecimiento aumenta el umbral al dolor, la percepción del dolor disminuye, esto contribuye a que la presentación de algunas enfermedades sea atípica o diferente al adulto, pueden haber lesiones o infecciones avanzadas indoloras con otras manifestaciones clínicas que si no se tienen en cuenta no se descubren a tiempo. También pueden haber infecciones sin fiebre o leucocitosis, las cuales se pueden manifestar atípicamente con caídas o cambios mentales en el anciano.<sup>29</sup>

El envejecimiento fisiológico o normal hay que diferenciarlo en cada órgano y sistema de las patologías del anciano. El envejecimiento sólo no causa enfermedad; las enfermedades aparecen asociadas a la exposición prolongada a factores de riesgo y/o ante la disminución o ausencia de factores protectores para la salud.<sup>14</sup> Esto es aplicable a todos los órganos y sistemas, incluido el sistema estomatognático donde suceden cambios por envejecimiento normal como son la disminución en la producción de saliva, menor velocidad de regeneración de los tejidos, disminución de la percepción del dolor, etc.; estos cambios por sí solos nos producen enfermedad, si les agregamos factores de riesgo como dieta rica en azúcar, pobre higiene dental y medicamentos (xerostomía), pueden aparecer enfermedades frecuentes en los ancianos como la enfermedad periodontal y las caries.<sup>6, 30</sup> La prevención es posible en el anciano y es de vital importancia desde edades previas para mantener la salud global y la salud oral, muchos de los problemas orales del anciano pueden prevenirse.<sup>8, 21, 31.</sup>

Existen problemas orales propios del anciano como la atrición, las caries radiculares, glosopirosis, xerostomía, enfermedad degenerativa articular (temporomandibular), sialodinitis piógena, lesiones premalignas, lesiones inducidas por prótesis y otras, las cuales ameritan un estudio aparte diferente al adulto.<sup>30-33.</sup>

La Sociedad de Cáncer Americana estimó en 1991 que el cáncer oral tuvo una incidencia del 3% del total de los cánceres en los Estados Unidos, citado por Denise y col.,<sup>34</sup> el promedio de edad al diagnóstico del cáncer oral está entre 60 y 63 años, con más del 95% de los cánceres orales ocurriendo después de los 40 años, se demuestra la importancia del tamizaje y la detección temprana del cáncer oral en el anciano por parte del odontólogo y por parte del médico, también la evaluación de lesiones precancerosas y su seguimiento.<sup>8, 33, 34.</sup>

Los cambios en la homeostasis producen aumento en la vulnerabilidad en el anciano, esto lo hace más susceptible a la iatrogenia por medicamentos, terapias o recomendaciones mal indicadas.<sup>28, 29</sup> Puede aparecer también sintomatología atípica como por ejemplo lesiones indoloras o problemas de la cavidad oral que se manifiestan como problemas de comunicación en el anciano.

#### **V RELACION DE LA SALUD ORAL CON FUNCIONES DEL ANCIANO**

La salud oral tiene una relación directa con la salud global, con el bienestar y con funciones esenciales en el anciano.

La salud oral en el anciano permite la adecuada masticación y deglución de los alimentos, por eso contribuye a una nutrición balanceada al poder consumir alimentos frescos que contengan fibra, vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales. La ausencia de dientes o los proble-

mas orales llevan al anciano a una dieta monótona y repetitiva, consistente en alimentos blandos, rica en carbohidratos y grasas, pobre en fibra, esto produce desequilibrio nutricional por exceso o defecto y trastornos digestivos.<sup>28-31</sup>

Las enfermedades sistémicas como la hipertensión, la diabetes y la osteoartritis pueden condicionar la higiene oral, la producción de saliva (fármacos) o la aparición de infecciones en la boca del anciano. Las enfermedades como la depresión, la enfermedad de Alzheimer, la apoplejía y los problemas visuales o auditivos pueden condicionar la adecuada valoración, la higiene oral y la adaptación de prótesis dentales en los ancianos;<sup>22, 23</sup> también el odontólogo debe pensar en la comodidad del consultorio para el anciano y en la adaptación de aditamentos para la higiene oral o para el sillón y equipos odontológicos, en algunos casos el anciano requiere servicios odontológicos domiciliarios.<sup>6, 30</sup> Algunos ancianos pueden ser de alto riesgo y requieren la valoración interdisciplinaria para su adecuado enfoque y manejo conjunto en algunos procedimientos odontológicos. Las estructuras orales son parte integral del cuerpo y de sus funciones en una persona; la salud oral tiene relación estrecha con los aspectos psicosociales del anciano. La estética, la apariencia y la postura del anciano mejoran con una buena dentadura, esto influye positivamente en la auto-imagen del anciano y en su autoestima. Esto facilita las expresiones de la sexualidad, el habla, la comunicación, la participación familiar y la socialización del anciano; por eso la salud oral contribuye significativamente a la calidad de vida en los ancianos.<sup>6</sup>  
<sup>35</sup> Por el contrario, los problemas dentales o el estado edéntulo pueden afectar la autoimagen del anciano, su autoestima, su comunicación y llevarlo al aislamiento o la depresión.

## VI CONCLUSIONES

El anciano, el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez son áreas

curriculares nuevas en Odontología a nivel de pregrado y de postgrado, con la aparición de la Odontogeriatría se suplen esos aspectos antes ausentes en la formación profesional.

Para la educación del estudiante en Odontogeriatría es indispensable el conocimiento y autoconocimiento de mitos, estereotipos y actitudes predominantes y modificarlos posteriormente. Los aspectos humanos del anciano se deben estudiar para tener una visión integral de sus necesidades y del contexto donde se desenvuelve, también para entender la relación del medio ambiente familiar y social con los problemas clínicos. El anciano como paciente tiene características propias, enfoque diagnóstico y terapéutico diferente a otras edades; idealmente se debe trabajar en equipo con otros profesionales. La salud oral es fundamental para el equilibrio nutricional y psicosocial de los ancianos.

## SUMMARY

The old people's oral health, not only has to do with an Stomatognathic system or with the necessity of a dental prosthesis.

It's needed to study the old people as a whole developing knowledge about elderly, aging and old age.

It has to be taken into a count that old people as patients have different and special characteristics compared with those of children and adults.

For this reason it's essential to differentiate between physiological changes that can appear in old people, in his organs and systems, including the stomatognathic system, why the Geriatric Dentistry has become a new speciality in dentistry.

## BIBLIOGRAFIA

1. MEHRALI, M.C. Gerodontics: the evolution of a new dental speciality. *Dentistry*, 10(1): 21-3, 1990.

- HURST, P.S.; Noblett, W.C. Geriatric dentistry. *Otolaryngol. Clin. North Am.*, 23(6): 1097-107, 1990.
- O.M.S. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra. Serie Inf. técnicos N° 706, 1984.
- REYES C.A.; Umaña G. Odontología geriátrica. Planeamiento instruccional. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Estomatología. Cali. 1991.
- W.H.O. Health of the Elderly. Geneva. Technical Report Series. N° 779, 1989.
- MORRIS, M.H. Odontología para los ancianos. Pp. 379-388. En Aspectos clínicos del envejecimiento. Reichel W. (editor) Buenos Aires. El Ateneo. 1981.
- ADAMS G. Principios de Medicina Geriátrica. Bogotá. Norma. 1981.
- DOLANT A. et al. Geriatric grand rounds; oral diseases in older adults. *J.A.M. Geriatr. Soc.*, 38: 1239-1250, 1990.
- TOBIAS B. Dental aspects of an elderly population. *Age and Ageing*, 17: 103-110, 1988.
- SALVAREZZA L. Psicogeriatría. Buenos Aires. Paidós. 1988.
- CAMPOS J.L. Gerontofobia. *Geriátrika*, 2(4): 182-184, 1986.
- LEHR U. Psicología de la senectud. Barcelona. Herder. 1980.
- CANAL G. Envejecer no es deteriorarse. Bogotá. Oveja Negra. 1982.
- GRAY J.A.M. Prevention of diseases in the elderly. Edinburgh. Churchill Livingstone. 1985.
- GOODWIN J. Geriatric ideology: the myth of senility. *J.A.M. Geriatr. Soc.* 39: 627-631, 1991.
- SANCHEZ J.; Ramos F. La vejez y sus mitos. Barcelona. Salvat. 1982.

17. MORAGAS R. Gerontología Social. Barcelona. Herder. 1991.
18. MISHARA B.L.; Riedel R.G. El proceso de envejecimiento. Madrid. Ed. Morata. 1986.
19. MOTLIS J. La vejez y sus múltiples caras. Tel Aviv. Aurora. 1988.
20. BUTLER R. A disease called ageism. J.Am. Geriatr. Soc. 38: 178-180, 1990.
21. MARROQUIN R.P. Procedimientos de conservación dental en el anciano. Rev. Soc. Col. Gerontol. y Geriat. 6: 24-25, 1984.
22. FUNCION, envejecimiento, salud, bucodental. Folleto, preparado por la American Association of Dental Schools, con el apoyo financiero de la W.K. Kellog Foundation.
23. SILVERMAN S.I. Dental care for rehabilitation of the Aging. Pp. In Williams T.F. Rehabilitation in the Aging. New York. Raven Press. 1984.
24. KENNY R.A. Physiology of aging. Clin. Ger. Med. 1(1): 37-59. 1985.
25. SKINNER B.F.; Vaughan M.E. Disfrutar la vejez. Barcelona. Martínez Roca. 1986.
26. PAREJA R. Riesgos y valores de la Tercera Edad. Bogotá. Ed. Paulinas. 1982.
27. RUBENSTEIN L.Z.; Abrasa I.B. Valoración geriátrica. En tratado de Geriatria. Pp. 20-30. Exton-Smith A.N., Weksler M.E. Barcelona. Ed. Pediátrica. 1988.
28. CAPE R. Geriatria. Barcelona. Salvat. 1982.
29. MARQUEZ J. Guía para la valoración de pacientes geriátricos. Manizales. Blaneicolor. 1984.
30. FRANKS A.S.T., Hedegard B. Odontología geriátrica. Barcelona. Ed. Labor. 1976.
31. FAULKNER K.D.B. The scope of dentistry in old age. Pp. 199-212. In Warner R.W. A manual of geriatric care. Sydney Williams-Wilkins. 1988.
32. CABALLERO J.; Caballero J.C. Enfermedades y trastornos bucales en el anciano. Rev. Esp. Geriat. y Gerontol. 26: 29-34, 1991.
33. MONTALVO J.J. Patología oral y maxilofacial. Pp. 451-462. En Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Salgado A. et. al. Barcelona. Salvat. 1986.
34. FEDELE D.J. et. al. Oral Cancer Screening in the Elderly. J.Am. Geriatr. Soc. 39: 920-925, 1991.
35. YELLOWITZ J., Saunders M.J. The need for geriatric dental education. Dent. Clin. North. Am. 33(1): 11-18, 1989.