

Calidad de vida en gerodontología

Enfoque integral: profesional, cuidador, familiar

Quality of life in gerodontology

Comprehensive approach: dentist, care giver, relative

Susumu Nisizaki

*Profesor de Clínica Integral del Adulto Mayor
Facultad de Odontología,
Universidad Católica, Uruguay*

*Profesor director de la Carrera Especialidad en Gerodontología
Posgrado Facultad de Odontología,
Universidad de la República, Uruguay*

Especialista en Gerodontología y Prosthodontia

Entregado para revisión: 8 de octubre de 2012
Aceptado para publicación: 20 de noviembre de 2012

Resumen

El concepto integral de C de V además del enfermo incluye a la familia, al cuidador y los profesionales especializados. La C de V del adulto mayor se focaliza en el paciente integralmente considerado y no sólo en la enfermedad. La calidad bucal tiene un alto impacto positivo en la salud general. Esta salud bucal le permitirá disfrutar de sus funciones, entre ellas la masticación para triturar mejor los alimentos y percibir el sabor de los mismos. Esta es una de las actividades más esperadas del día por muchos adultos mayores, que a su vez les permite socializarse.

La C de V del cuidador y cuidador-familiar, tiene un rol muy importante en el curso de la enfermedad. La tarea del cuidador puede llegar a ser agotadora y agobiante. El cuidador-familiar sufre al observar el deterioro progresivo en relación a su vida anterior. A veces el cuidador-cónyuge se ve reflejado a sí mismo.

En relación a la C de V del odontólogo sólo se hace referencia al rol del odontólogo especializado en el AM y no a otros profesionales. Los años de profesión, el concepto interdisciplinario y los contactos profesionales que se van generando, dan una experiencia acumulada que permite brindar beneficios al paciente. También muchos años junto al AM, van creando un vínculo afectivo. En ese sentido uno se involucra más de lo debido.

Pensar retrospectivamente hace analizar la C de V en el trabajo como Gerodentólogo. Sin dudas que él debe tener un perfil especial. Se puede ver lo complejo del tema filosófica, ética y aun moralmente. La práctica clínica muestra como una persona mayor, muy bien calificada por la sociedad, en poco tiempo se puede convertir en un enfermo de Alzheimer, discapacitado y discriminado por la misma sociedad.

Pensar con solidaridad, en este tema, es lo que fortalece al equipo de profesionales que trabaja para el AM y más el caso del paciente demente.

Palabras clave: Anciano; Anciano Frágil; Calidad de Vida; Cuidador; Relación Odontólogo-Paciente.

Abstract

Quality of life integral concept is not only patient-centered, it includes the family, caregivers and health care professionals. In the older adult, it must be focused globally, considering not only its diseases. Oral health has a very high impact on the old adult's general health and its quality of life. A good oral health can make the person enjoy oral functions, such as mastication, or chewing and tasting food. These simple activities are very important for older people; it can be the most expected activity of the day and allows them to socialize. Caregivers and relative-caregivers' quality of life has a relevant role in the evolution of the illness. Their work can be exhausting and oppressing.

When observing the progressive deterioration of the patient, the relative-caregiver cannot avoid remembering how patient's life was. Concerning quality of life of the gerodontologist, this paper will consider only the dentist who treats older adults, excluding other professionals.

Years of experience as gerodontologist, interdisciplinary approach and professional contacts, provide great benefits and support for patients. So many years caring for elderly builds an emotional connection. In this sense the dentist becomes more involved with them. Retrospective thinking analyzes gerodontologist quality of life. Beyond doubt, he must have a very special profile. It can be perceived how philosophically, ethically and even morally complex this subject is.

Clinical practice shows that discrimination against older people with Alzheimer's disease can occur in a short period of time even to the best qualified individual. Solidarity on this subject should strengthen the health care team working with older adults, mainly with dementia.

Key words: Aged; Frail Elderly; Quality of Life; Caregivers Dentist-Patient Relation.

INTRODUCCIÓN

Resulta muy complejo pensar y escribir sobre calidad de vida (C de V) en gerodontología, porque se debe analizar el tema desde distintos puntos de vista, desde el adulto mayor (AM) sano pero que ya necesita cierto apoyo hasta el que comienza a entrar en proceso de demencia, como el paciente con enfermedad de Alzheimer.

Este es una parte del problema, porque en el AM en general también se involucra la familia, más tarde el cuidador y los profesionales especializados, según las necesidades del caso.

Por esta razón para comprender mejor la situación se debe hacer por lo menos una aproximación al enfoque integral de C de V en gerodontología, incluyendo a todos los posibles participantes. Con este objetivo se planteará el tema sin profundizar en cada uno de los capítulos.

Pero antes también se debe explicar el concepto que se manejará de Calidad de Vida, porque hay muchos criterios al respecto, cuyas diferencias están principalmente en la especialidad de cada uno.

¿Qué es Calidad de Vida en el AM?

Se prefirió tomar como criterio amplio y simple el concepto de Rowe-Kahn de 1997. C de V en el AM es envejecimiento exitoso, lo que significa aumento de conocimiento o reservas cognitivas y además capacidad para compensar daños cerebrales, debido a accidentes o distintas enfermedades. A este concepto de Rowe-Kahn se le debería sumar, poder tener independencia funcional y un activo compromiso con la vida, demostrándolo por ejemplo con su participación en distintas acciones o actividades sociales. Es un concepto más integrador, no solo pensando en la salud física del AM, sino en su salud global involucrándolo con alguna responsabilidad social. Esto no solo tiene un alto significado de salud personal, sino también lo que él debería de aportar por el prójimo. ¿Por qué fue evolucionando este criterio? En realidad el propio aumento de la esperanza de vida trajo estas consecuencias. Como vivimos en el país más envejecido de Latinoamérica y seremos uno de los países con mayor porcentaje de personas mayores de 80 años de edad en el mundo (Nisizaki, S 2001, Supplement) se nos plantea la responsabilidad de liderar estos temas y buscar las soluciones, de acuerdo al medio en el que vivimos, para encontrar justamente esa C de V.

Nuevas proyecciones y responsabilidades se plantean para Uruguay, Alemania, Japón, que podrán tener los porcentajes mayores de grandes ancianos o viejos-viejos o cuarta edad (fourth age or oldesd old). En los próximos años habrá más AM vulnerables, con

múltiples enfermedades crónicas y discapacidades, lo que hace de ellos un grupo de alto riesgo de independencia y cada vez con menor C de V (Arai Y, 2010). Por este motivo la C de V es la temática clave que está incluida en primera línea dentro de las políticas sociales humanitarias (Slade, G 2002).

En Odontología el criterio de C de V apunta a conceptos específicos, pues los cuidados médico-bucles permiten a los AM mantener una vida más placentera y activa. Es mejor conservar los dientes naturales ya que no siempre los dientes artificiales permiten disfrutar de todas las funciones bucales, pues disminuye la capacidad para masticar, la autoestima, etc. (Sarment DP, 2002).

La C de V relacionada a la HRQL (calidad de vida relacionada a la salud) es un concepto multidisciplinario aplicable al AM, que proviene de la propia definición de la OMS. “Completo estado de bienestar físico, mental y social” y no solo ausencia de enfermedad. En el AM las enfermedades crónicas por lo general son más de una, por lo que es necesaria la multidisciplinaria e interdisciplinaria. Pero el paciente AM, cuando se deben tomar decisiones de tratamiento, valora además, la prioridad, el tiempo requerido y los recursos necesarios (Atchison KA. 2002).

Calidad de Vida Integral

El concepto que se maneja sobre C de V integral no solo se refiere a buscar el equilibrio y bienestar en las pacientes sino también en los profesionales involucrados y los cuidadores.

Calidad de Vida en los pacientes AM

La C de V del AM en relación al tratamiento, tiene que estar focalizado en el paciente y no en la enfermedad de los mismos. De esta manera se cumple con el criterio de C de V integral del AM, que es el verdadero objetivo de la gerodontología (Sarment DP, 2002 y Gerbert B, 1996).

Se debe enfatizar que la salud bucal tiene un alto impacto positivo en la salud general y en su C de V. Esta condición le permitirá entre otras cosas disfrutar tanto de los alimentos, como de las otras funciones bucales así como también de una buena interacción social (United Kingdom, Department of Health 2005, Suppl 1)

Un simple recordatorio de las funciones bucales, especialmente para los que no están tan cerca de la Odontología: Masticar, Deglutir, Respirar, Saborear, Hablar, Cantar, Succionar, Salivar, Sonreír, etc. (Nisizaki S, 2009). Entre ellas, tal vez la que menos se conoce es que la función masticatoria en el AM mejora la circulación sanguínea cerebral, la habilidad para aprender, la memoria espacial, etc.

Muy vinculada con la masticación y la C de V, especialmente en el AM, está el tema de saborear mejor los alimentos para disfrutar de ellos. Este aspecto es tan importante que muchas veces en el AM, el momento de la comida, se transforma en el único satisfactor del día.

Vale la pena recordar que el sabor tiene dos componentes, uno es el gusto localizado en la boca y el otro es el olfato o aroma ubicado en las fosas nasales. Al gusto representado por los botones gustativos, le corresponde el 10%, mientras que al olfato le corresponde el 90%, del valor total del sabor.

Hasta el momento actual no se ha comprobado que cambie el gusto con los años, mientras que el olfato si disminuye a medida que se envejece. Por lo tanto es verdad que el sabor disminuye pero esto es sólo por lo que ocurre con el olfato.

En relación a este punto es muy importante remarcar que la disminución del olfato se vincula con la demencia, ya que es uno de los primeros signos de la Enfermedad de Alzheimer. Por esta razón ante cualquier duda comunicarle al médico.

Si bien los sabores más conocidos son el: dulce, salado, agrio y amargo, hay otros sabores menos conocidos como el umami (1980) que se lo encuentra en el queso, hongos, mariscos, tomate, etc. y otro relativamente nuevo, como lo es el sabor a grasa (2010). Sin dudas que quedan muchos otros sabores para debelar y poder disfrutar.

No solamente por la función masticatoria y la detección de los sabores son importantes los dientes para la C de V, sino también el número de dientes, que se relaciona al índice de Eichner y al GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index). Tener el 55% de los dientes naturales a los 80 años de edad es un indicador de salud (Thorstesson H, 2010, Yuen HK, 2009; Miura H, 2003 y Nisizaki S, 2009).

Como se planteó al principio, este tema es muy complejo y debe analizarse desde distintos puntos de vista.

Se tiene que vincular la C de V del enfermo también con el cuidador. Si él organiza las actividades del día racionalmente, aumenta el grado de satisfacción. Por ejemplo, programando diálogos con recuerdos placenteros de su pasado. Esa reminiscencia, cuando aun es posible, es muy favorable para el paciente con enfermedad de Alzheimer, en las primeras etapas de la misma.

Les da bienestar, autoestima, satisfacción, disminuye la sensación de soledad y le da más calidez a su vida. Mientras rememora él disfruta de sus propias histo-

rias o vivencias y el propio cuidador también de esa sabiduría. Mejora la C de V de ambos.

Por lo tanto el cuidador no debe tener una actitud pasiva. Tiene que prestar suma atención, preguntar e interesarse por ese relato, que a veces puede resultar conmovedor.

El cuidador tiene que saber de que temas hablar: de su pasada vida profesional, si lo fue o de su trabajo, viajes, deportes, el baile, la música; mientras en el fondo de la conversación se escucha la música que al paciente le gustaba y aun le gusta. En lo posible haciéndolo disfrutable para ambas partes. Evitar hablar de temas conflictivos, relacionados con sus enfermedades o familiares o políticos, si el paciente prefiere no hablar sobre esos puntos.



El concepto integral de C de V en le adulto mayor, además del propio enfermo incluye a la familia, al cuidador y los profesionales especializados.



Aportes de la Gerodontología en los pacientes AM y pacientes con demencia.

¿Cuál puede ser el rol preventivo? Los aportes están en la propia filosofía que venimos desarrollando desde hace más de tres décadas.

La filosofía de asistencia integral en Gerodontología apunta conceptualmente a distintos aspectos para mejorar la C de V. Estos son: salud general y bucal, concepto preventivo, concepto de iatrogenia, visión prospectiva, calidad

de servicio, enfoque interdisciplinario, respeto por el perfil psicológico y aspectos ético-profesionales (Nisizaki S, 2003 y Nisizaki S, 2007).

Algunos ejemplos servirán para comprender mejor este enfoque:

-Conservar las funciones bucales, entre ellas la masticación para estimular la circulación sanguínea cerebral (Momose T, 1997 y Onozuka M et al, 2003). También es función del gerodontólogo informar y educar a los pacientes sobre estos temas (Nisizaki S, 2009).

-Controlar la higiene bucal para mantenerla en buenas condiciones y evitar complicaciones a veces graves, como infecciones generales. En el AM las neumonías por aspiración de focos bucales no son raras de ver (Nisizaki S, 2005).

El odontólogo y especialmente el gerodontólogo, debe cumplir una función relevante en la formación de higienistas dentales y cuidadores profesionales para la prevención de neumonías por aspiración. Los grupos de particular riesgo son los grandes ancianos, con grandes discapacidades físicas y mentales, los pacientes dementes y los institucionalizados.

La formación del cuidador debe estar orientada a la

higiene bucal integral de: dientes naturales, encías, mucosas en general, incluidas la lengua y el paladar, así como de las prótesis, en el caso de ser portador. Esta higiene debe ser complementada con el uso de antisépticos a base de clorhexidina de uso bucal. El objetivo es obtener una buena y prolongada calidad de vida (Pace CC-McCullough GH, 2010).

-Los controles periódicos en los AM y en pacientes con demencia, deben realizarse en períodos más cortos por el aumento de riesgos y además aplicar las medidas correspondientes.

-El trabajo en equipo multidisciplinario, para tomar decisiones, es de importancia capital.

El dictado de la especialidad en el posgrado, con la carrera de Especialista en Gerodontología, en la Facultad de Odontología de la Universidad de la República, ha llenado un gran vacío, teniendo en cuenta la necesidad generada por la población creciente de AM, asegurando de esta manera una mejor C de V para ellos.

También se debe entender que el envejecimiento y la demencia tienen una evolución muy diferente en cada caso, por lo cual involucrarse con ellos, es como una aventura que muchas veces significa un gran reto profesional.

Calidad de vida del cuidador y cuidador-familiar.

Dentro de este enfoque de C de V integral del AM y especialmente del demente, el cuidador tiene un rol más que destacable. A veces su tarea se torna agobiante y agotadora, que se puede agravar con el tiempo y el curso de la propia patología del enfermo de Alzheimer. Incluso puede afectar no solo al cuidador, sino también a su propio cónyuge.

En el cuidador aumenta el cortizol (hormona del estrés), que es un indicador de estrés, que aparece incluso en la saliva. Su presencia debe ser considerada como un factor de riesgo de enfermar.

Toda comunicación-enseñanza-formación que se haga al cuidador debe realizarse en forma concreta, clara, resumida y con ejemplos evidentes.

El conocimiento le da al cuidador mayor autonomía y mejor manejo de la situación, disminuyendo el estrés por no tener que improvisar.

Cuanto más amplia y fundamentada es la preparación del cuidador, este brindará un mejor servicio, lo que servirá tanto para el enfermo como para la C de V del cuidador.

El cuidador profesional debe informar a la familia y a los técnicos que tratan al enfermo, sobre los cam-

bios en los síntomas y comportamiento. En algunos casos de esta comunicación puede llegar a surgir una respuesta muy pertinente, una vez que es interpretada por los técnicos. También el cuidador puede aprender a saber como actuar en una situación similar. Saber actuar y resolver obstáculos mejora la C de V del cuidador.

El cuidador debe aprender, entre otras cosas, juegos o entretenimientos, que sirvan como "gimnasia para el cerebro", a los pacientes. También le servirá al cuidador mismo para su C de V. Un buen cuidador debe saber escuchar a los pacientes.

Además tiene que estar preparado para conocer que puede llegar a acontecer en el futuro próximo y más lejano en los pacientes con demencia. El conocimiento le dará seguridad en el trabajo, cuyo beneficio es para el paciente y también para la C de V del cuidador. Se decía que cuando la enfermedad va avanzando la tarea es agotadora y agobiante, por lo tanto para que

el cuidador no caiga en una situación de estrés debe recurrir a un asesoramiento técnico, evitando así el burn out. Luego su propia experiencia le irá enseñando como manejar cada situación, conservando el equilibrio y observando los buenos resultados. De esta forma se mantendrá lejos de la depresión, la ansiedad y entenderá cuando llega el momento de hacer un corte o descanso en el trabajo, para sobrellevar mejor la situación.

En realidad cada uno debe manejar su propia C de V en el trabajo.

¿Qué ocurre cuando el cuidador es un cónyuge-cuidador o un familiar cercano? En estas circunstancias no involucrarse es imposible. El cuidador-familiar sufre al comparar permanentemente el deterioro progresivo en relación a su vida anterior. A veces el cuidador-cónyuge se ve reflejado a si mismo, tal vez dentro de un poco mas de tiempo esté igual. Especialmente en los pacientes dementes, se observa la agresividad que es difícil de aceptar, incluso como parte de la enfermedad.

De alguna manera los distintos tipos de cuidadores, el profesional y el familiar, deben hacer una especie de duelo, para poder aceptar lo que a veces resulta como inaceptable (Nisizaki S, 2002).

Si bien el cuidador debe estar preparado para enfrentar situaciones nuevas, porque esta es su función, para el cuidador-familiar en algunas condiciones es difícil de resolver, porque están los sentimientos involucrados. Este es el momento cuando se debe buscar un cuidador profesional, para proteger incluso su propia salud. El cuidador familiar debe recurrir

La calidad bucal tiene un alto impacto positivo en la salud general. Esta salud bucal le permitirá disfrutar de todas sus funciones.

muchas veces a la ayuda del psicólogo o psiquiatra, para sobrellevar mejor la situación.

En estos casos no se puede salir corriendo a buscar un técnico, porque la decisión se debe tomar en el momento, porque la C de vida del enfermo y del cuidador-familiar está en juego.

Es fácil aceptar lo bueno, ni siquiera se valora y hasta uno no se da cuenta, lo difícil es aceptar y solucionar situaciones complejas. Por esto se insiste en buscar un cuidador profesional con buena formación y experiencia como cuidador.

Hay un hecho muy importante a destacar, por lo frecuente y el impacto que provoca en el enfoque integral de C de V, este es el cambio continuo de cuidador. En estos casos cabe una gran responsabilidad en el cuidador profesional, quien supuestamente antes de aceptar este trabajo, conoce la situación total del paciente y del lugar donde irá a desempeñar su función. El cambio continuo de cuidador no solo crea confusión en el enfermo, sino que provoca una distorsión en todos, que incluye la familia, los profesionales y los propio cuidadores.

Se debe resaltar la importancia clave que tendrá el cuidador, específicamente en relación al cuidado bucal del enfermo. Tiene que estar preparado por el gerodontólogo en cuanto a la higiene integral que ya se mencionó. Su responsabilidad debe estar bien definida y llevar a cabo la higiene bucal del enfermo día a día, cuando éste ya no la pueda hacer por sí mismo, conservando las funciones y evitando infecciones locales así como su propagación general (Pace CC-McCullough GH, 2010).

Como se puede deducir la tarea del cuidador es más que importante y su función muy compleja, aparte de la gran responsabilidad que le cabe. Por esta razón es muy difícil, en poco tiempo, formar un cuidador profesional y que en ese corto período de tiempo pueda comprender la gran responsabilidad que le corresponde a él como parte de un equipo.

Al cuidador se lo debe informar incluso sobre el rechazo social que el mismo puede sufrir, para aprender a manejarlo. Es la misma estigmatización que sufre el enfermo y hasta la familia.

CALIDAD DE VIDA DEL GERODONTÓLOGO EN EL TRABAJO. Una visión Retrospectiva

En relación a la C de V del gerodontólogo sólo se hará referencia al rol del odontólogo especializado en el AM y no a otros profesionales. De alguna manera este capítulo es un enfoque retrospectivo personal. Cuando se comienza con el tratamiento de un paciente, como profesional es lógico que uno se preocupe por rehabilitar su salud y calidad de vida.

Permanentemente hay que ir mejorando la capacidad de diagnóstico integral así como del tratamiento, buscando contribuir en la salud y calidad total.

A su vez se intenta brindar la asistencia en un buen marco de calidad de servicio. De esta forma no solo el paciente mayor se sentirá mas apoyado en todo sentido, sino también sus familiares y eventualmente sus cuidadores y acompañantes.

Pero por el contrario, ¿quién se preocupa por la calidad de vida del profesional en el trabajo?

Si bien es una respuesta compleja, que abarca muchos aspectos visibles, hay otros que su comprensión requiere una fina percepción y haber experimentado la vivencia del trabajo por el AM.

Surge tal vez otra pregunta. ¿Es placentero trabajar con los AM? (Foley JM, 1981).

La mayoría de ellos tiene buena o aceptable condición de salud, acompañado con un carácter afable y positivo. En otros su carácter ha ido cambiando, mostrándose, imperativos, autoritarios, a veces hasta demasiado desinhibidos. Cualidad que en primera instancia provoca por lo menos un sentimiento de reserva.

Hay otro grupo importante de AM, que viene con una variada y a veces compleja condición de salud, surgiendo de la anamnesis una polifarmacia crónica, con motivo de sus múltiples enfermedades. Situación que también debe poner por lo menos en alerta.

En estos casos su condición bucal pasa a ser un problema más, agregado a los generales, que podrán o no estar relacionados con los desórdenes bucales.

La presencia de varias patologías muchas veces los deprime y su sufrimiento los agobia. Este hecho puede ser un factor que estrese o solo preocupe, con el objetivo de buscar soluciones para sus problemas generales. La derivación es un acto muy corriente en el Gerodontólogo, quien debe necesariamente trabajar en equipo (Nisizaki, S, 2003). Los años de profesión, el concepto interdisciplinario y los contactos profesionales, que se van generando dan una experiencia acumulada que les brindan muchos beneficios a los pacientes mayores.

Como es comprensible algunos pacientes vienen acompañados por sus cuidadores y a ellos también hay que contemplarlos y contenerlos, con un buen apoyo a su dura tarea diaria y permanente, que no es la nuestra. En la medida que van transcurriendo los años de asistencia a ese AM, se va creando un vínculo afectivo que muchas veces es favorable. Lo que ocurre es que ese afecto se transforma en pesar cuando comienzan las discapacidades, y en dolor cuando dejan de existir, debiendo elaborar nuestro propio duelo (Nisizaki S, 2002). Pero en definitiva lo que debe primar es la suerte de haber compartido muchos

momentos de satisfacción, de haberles brindado lo máximo como Gerodontólogo y sobretodo como ser humano. No solo uno se brinda técnicamente, sino que realiza su función con cariño.

¿Cuál fue la retribución que contribuyó a la calidad de vida en el trabajo? En muchos casos el agradecimiento y reconocimiento explícito, del paciente y sus familiares y en otros casos cuando la demencia los va invadiendo, esa mirada perdida pero agradecida, casi alegre. Se percibe cuando uno toma las manos o abraza los pacientes dementes, en sus propias manos o el calor del abrazo. Es una sensación difícil de explicar, pues es una mezcla de recuerdos de los tiempos pasados y el momento actual, en el que ya casi no se puede hacer nada por su salud bucal, más que evitar males mayores, pero si se puede dar calor humano y agradecimiento.

El tema de los pacientes con demencia es un capítulo aparte y en esta oportunidad se penetra en él muy someramente, ya que no es nuestra especialidad.

¿Cómo se pueden sobrellevar estas situaciones y hacer el duelo?

Durante muchos años se fueron acumulando muchas historias clínicas de mis pacientes fallecidos. Las asistentes dentales preguntaban periódicamente que hacer con ellas y les contestaba, "aun no se vamos a esperar, no puedo tirar esas historias, es como faltarles el respeto".

Leyéndolas, llovieron los recuerdos y me puse a escribir sobre lo que había aprendido de ellos. Esa fue la forma como hice y aun hago el duelo de los pacientes fallecidos.

Como se podrá comprender más de 40 años dedicados a asistir AM, han dejado una visión amplia de la vida y el envejecimiento. Compartí muchos momentos con ellos y tal vez me involucré más de lo debido. Enfocada así la profesión aun el propio dolor, filosóficamente otorga calidad de vida. (Nisizaki S, 2002). Las experiencias acumuladas fueron creciendo y el espíritu profesional también. Cada vez veo con más profundidad y sensibilidad el envejecimiento.

Este análisis retrospectivo fue lo que hizo pensar en la calidad de vida en el trabajo como Gerodontólogo y además en la de los colegas.

Sin dudas que el Gerodontólogo debe tener un perfil especial. No es suficiente con un dominio técnico del área, es necesario además sentirse cómodo con los AM, tener un enfoque psico-social, saber trabajar en

equipo, tener vocación de servicio y tener condiciones humanitarias, incluso involucrarse con el paciente pero saber manejar los límites

Es necesario reconocer que de alguna manera este es en parte el balance retrospectivo profesional, con sus luces y sus sombras

Cada paciente es un reto. Para llevar a cabo los tratamientos de manera satisfactoria hay que actualizarse permanentemente, aunque también es cierto que no siempre los conocimientos son suficientes. En algunas situaciones la creatividad y el ingenio es necesario. Si bien se van encontrando soluciones para la mayoría de los casos y con ello satisfacción para todos los involucrados, en otros no se colma totalmente; a veces no se encuentran las soluciones. Esto último puede generar frustraciones. La clave está en llegar a un equilibrio y en el balance ver los éxitos logrados.

De alguna manera es como se va construyendo la propia calidad de vida en el trabajo.

ANÁLISIS DE SITUACIONES

Si se analizan las situaciones agrupándolas en negativas y positivas (Foley JM, 1981)., se podrá comprender mejor este enfoque filosófico y se encontrarán soluciones para situaciones similares. Se pretende con ello que, durante el ejercicio de la gerodontología, los problemas no afecten negativamente en la calidad de vida.

Análisis de situaciones negativas

-No tener vocación por asistir AM, o perderla después de un tiempo, por el

estrés, el burn out, la imposibilidad de poder hacer el duelo de los pacientes que se nos van muriendo (Nisizaki S, 2002).

-Se debe tener presente que asistir AM con el tiempo, significa ir observando declinación de sus funciones. Mientras que todo lo contrario ocurre con los niños. En particular con los pacientes AM dementes, su condición de salud bucal también se va haciendo incontrolable. Se redobla el esfuerzo, se toman decisiones que impliquen mejorar su condición de higiene bucal, pero llega un momento que ya ellos no pueden hacer lo que antes hacían tan bien. Además no solo van perdiendo motricidad sino también motivación o se olvida de higienizar la boca o creen que lo hicieron, o solo hacen parte de la misma.

La mala higiene bucal es sin dudas el factor de riesgo que lleva progresivamente a la pérdida de los dientes y especialmente en los pacientes con algún tipo de

La práctica clínica

muestra como una

persona mayor, muy bien calificada por la sociedad, en poco tiempo se puede convertir en un enfermo de Alzheimer, discapacitado y discriminado por esa misma sociedad.

demencia (Hannele Syrjala AM 2012). Se debe insistir permanentemente, en el cuidado de la higiene bucal, en los pacientes AM y entrenar a los cuidadores sobre como hacer la higiene integral de la boca en los pacientes muy mayores y con demencia (Fiske J, et al, 2006, Suppl ; Chalmers J, 2005)

Análisis de situaciones positivas.

-El hecho de tener conocimiento y experiencia sobre los temas de envejecimiento, con un concepto integral y universal posibilita mejores soluciones. Por ende mejora los pronósticos de los tratamientos.

No solo pensando el éxito del tratamiento bucal, sino en la rehabilitación bucal como parte de un todo, para que le permita al paciente AM, por ejemplo realizar las actividades de la vida y reinserarse socialmente.

-Poder contar con un equipo multidisciplinario, que es muy sencillo decirlo, pero que en la práctica muchas veces no es posible por las distintas barreras que se interponen, como lo pueden ser las geográficas, etc. Por esta razón el gerontólogo, esté especializado en la área que sea debe conocer un poco mas allá de los límites de las propias fronteras de su especialidad. También puede ocurrir que, si bien en la soledad de un medio rural no se encuentra la mejor solución para ese paciente, en ese momento y esas circunstancias es la mejor.

-Hoy el paciente AM y la familia tienen una mejor formación o por lo menos poseen más información a cerca del cuidado del AM. Este manejo conciente de su situación hace que si bien viene en busca de un tratamiento bucal, acepta con mas facilidad que hace unos años, la necesidad de hacer otras consultas médicas como apoyo al tratamiento odontológico.

-Históricamente contar hoy con especialistas en gerodontología, académicamente formados en los posgrados universitarios también es un aspecto po-

sitivo que genera confianza a los pacientes mayores. Vivir en uno de los países más envejecidos del mundo y cuando las proyecciones para las próximas décadas son tener cada vez más octogenarios (Nisizaki S, 2001 Suppl), contar con especialistas, es muy satisfactorio.

Hace posible tomar decisiones bien fundamentadas apoyadas en equipos multidisciplinarios competentes que brindan seguridad de asistencia a los pacientes y calidad de vida para todos.

De alguna manera esto permite hablar de un antes y un después de los Especialidades en Gerontología. Sin dudas que este es de un alto impacto positivo.

Poder demostrar durante el dictado y dirección de la especialidad, que muchos casos, en primera instancia imposibles de tratar por su alta complejidad, fueron satisfactoriamente rehabilitados, ha sido uno de los hechos que más reconocieron los estudiantes graduados. Les ha cambiado su filosofía y su autoestima, resolver casos tan complejos. La especialidad les ha cambiado la perspectiva de los límites de lo que pueden hacer, que solo el conocimiento y la clínica otorga.

En resumen se puede ver lo complejo que es este tema filosófica, ética y aun moralmente.

La práctica clínica muestra como un AM, muy bien calificado por la sociedad, en poco tiempo se puede convertir en un enfermo de Alzheimer, discapacitado y discriminado por la misma sociedad.

De alguna manera el AM sano ya es estigmatizado, pero mucho más lo es el demente, incluso a veces por los propios familiares, amigos y profesionales que lo asisten. En este contexto se debe conceptualizar la C de V y ubicarla en el lugar que corresponde. Pensar con solidaridad, en este tema, es lo que fortalece al equipo de profesionales que trabaja para el AM y mas el demente.

REFERENCIAS:

Arai Y et al. (2010) The Tokyo oldest old survey on total health (TOOTH): a longitudinal cohort study of multidimensional components of health and well-being. BMC Geriatrics, [internet], [fecha 6 octubre 2012] 10:35. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/35>

Atchison KA. (2002) Understanding the "quality" in quality of care and quality of life. In: Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life. Chicago : Quintessence.

Chalmers J, Pearson A. (2005) Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review, J Adv Nurs; 52 (4): 410-419.

Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V. (2006) British Society of Gerodontology; British Society for Disability and Oral Health (2006). Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. Gerodontology 23 (Suppl 1): 5-32.

Foley JM. (1981) Can dentists find happiness working with elderly patients? Negative attitudes and possibilities for change. Spec Care Dentist; 1(5):197-203.

- Gerbert B, Love CB, Caspers NM.** (1996) The provider-patient relationship in academic health centers: the movement toward patient-centered care. *J Dent Educ*; 60 (12): 961-6.
- Miura H, Yamasaki K, Kariyasu M, Miura K, Sumi Y.** (2003). Relationship between cognitive function and mastication in elderly females. *J Oral Rehabil*; 30(8): 808-811.
- Momose T et al.** (1997) Effect of mastication on regional cerebral blood flow in humans examined by positron-emission tomography with 15O-labelled water and magnetic resonance imaging. *Arch Oral Biol*; 42 (1): 57-61.
- Nisizaki S.** (2003) Philosophical approach in old adults dental treatment. *Spec Care Dentist*; 23 (1): 4-6.
- Nisizaki S.** (2007) Envejecimiento, memoria colectiva y construcciones de futuro. Montevideo : Psicolibros.
- Nisizaki S.** (2005) Halitosis en el adulto mayor. *Actas Odontol*; 2 (1): 6-13.
- Nisizaki S.** (2009) Oclusión y función oclusal en el adulto mayor. *Actas Odontol*; 6 (1): 57-67.
- Nisizaki S.** (2001) Improving oral health to enhance general health in elderly people in Uruguay. *Int Dent J*; 51 (3 Suppl): 247-253.
- Nisizaki S.** (2002) The feelings of a gerodontologist. *Spec Care Dentist*; 22 (1): 4-5).
- Onozuka M et al.** (2003) Age-related changes in brain regional activity during chewing: a functional magnetic resonance imaging study. *J Dent Res*; 82(8): 657-660.
- Pace CC, McCollough GH.** (2010) The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in institutionalized elderly: review and recommendations. *Disphagia*; 25: 307-322.
- Sarment DP.** (2002) Oral health-related quality of life and older adults. In: Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life. Chicago : Quintessence.
- Slade G.** (2002) Assessment of oral health-related quality of life. In: Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life. Chicago : Quintessence.
- Syrjälä AM et al.** (2012) Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *Gerodontology*; 29(1): 36-42.
- Thorstensson H, Johansson B.** (2010) Why do some people loose teeth across their lifespan whereas others retain a functional dentition into very old age? *Gerodontology*; 27(1): 19-25.
- United Kingdom, Department of Health (2005). Meeting the challenges of oral health for older people: a strategic review. *Gerodontology*; 22 (Suppl 1): 3-48.
- Yuen HK, Tress ME, Salinas CF, Slate EH.** (2009) Effectiveness of oral self-care among adult Gullah-speaking African Americans with diabetes. *Spec Care Dentist*; 29 (3): 128-133.

Susumu Nisizaki
sun@adinet.com.uy