

PROGRAMA DE REHABILITACION ORAL DEL ADULTO MAYOR P.R.O.A.M



Autores:

Juan Alberto Sorbera (1)

Juan Carlos Ibáñez (2)

(1) Odontólogo. Doctor en Odontología. Magister en Gerontología. Prof. Titular Catedra de Odontogeriatría, Fac. Ciencias de la Salud. UCC.

(2) Odontólogo. Doctor en Odontología. Mentor Internacional de Biomet 3i USA. Director de Carrera de Especialización en Implantología Oral, Fac. Ciencias de la Salud. UCC.

Palabras claves:

Gerontes, implantes, solidaridad.

Keywords:

Anciant, implants, solidarity.

Resumen

La discriminación por edad, que afecta específicamente a los adultos mayores, se expresa en un conjunto de acciones u omisiones que tienden a tratar al individuo o a una colectividad con estándares inferiores en razón exclusiva de la edad misma.

Se muestra que la discriminación por edad no actúa aislada, sino que actúa conjuntamente con otros factores, aumentando el riesgo de vulnerabilidad y potenciando la discriminación.

El contexto social en el que muchos de nuestros mayores hoy se encuentran les imposibilita recibir tratamientos odontológicos alternativos que le proporcionen la firme posibilidad de mejorar su condición de pacientes desdentados.

De acuerdo a nuestra experiencia, vemos muy a menudo (en la Catedra) pacientes adultos mayores portadores de prótesis removible convencionales que relatan sus padecimientos con respecto al uso, especialmente relatando su escasa o nula retención, pero también así mismo observamos, que las soluciones ideales están muy lejos de poder ser alcanzadas.

Los recursos económicos insuficientes son la gran barrera que imposibilita a todo ese estrato social, mejorar su calidad de vida, esa realidad nos conmueve y nos lleva a pensar todos los días, desde nuestro humilde lugar, a tratar de encontrar las soluciones deseadas. Mejorar notablemente la "calidad de vida" del paciente gerónte desdentado portador de prótesis dentales convencionales, es abolir el tan traumático paradigma de creer que "mis prótesis se mueven y debo aferrarme a eso", de volver a sentir seguridad y comodidad es vital para tener un motivo más, para transitar con más tranquilidad esta etapa de la vida. En nuestro medio, la posibilidad concreta de acceder a tratamientos odontológicos protésicos que

mejoren sustancialmente la calidad de vida a pacientes geróntes desdentados va de la mano entre otras cosas, con su "condición económica".

A partir de esta problemática nace el programa PROAM con la firme convicción de poder llegar a la implementación expresa en la idea de poder realizar un aporte terapéutico y solidario (sin costos) a pacientes adultos mayores de escasos recursos económicos, con la finalidad de rehabilitarlos odontológicamente, mediante la instalación de Implantes dentales y sus correspondientes Prótesis completas.

Intervinieron en este programa, la Carrera de Especialidad en Implantología Oral de la Universidad Católica de Córdoba, dirigida por el Prof. Dr. Juan Carlos Ibáñez, y la Cátedra de Odontogeriatría de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba, cuyo titular es el Prof. Dr. Juan Sorbera.

En lo que respecta a la Carrera de Especialista en Implantología Oral (C.E.I.O) ella fue la encargada de llevar a cabo todas las intervenciones quirúrgicas necesarias para la colocación de Implantes Dentales por intermedio de los especializando en aquellos pacientes (adultos mayores) que fueron seleccionados, derivados y acompañados oportunamente desde la Cátedra de Odontogeriatría (CA.D.O) munidos de sus respectivas Historias Clínicas, Ortodontomografías y prótesis correspondientes. En este sentido, cabe aclarar que la CA.D.O realizó también un diagnóstico presuntivo previo de las condiciones generales y orales de cada paciente.

Con respecto a la actividad de la CA.D.O, la misma fue la encargada de llevar a cabo la atención primaria del paciente gerónte y del tratamiento protético correspondiente.

Posteriormente los pacientes dados de alta por la C.E.I.O

fueron derivados a la CA.D.O, para que allí, el cuerpo docente, llevara a cabo las acciones pertinentes para la colocación de los elementos retentivos (cazoletas) en las

respectivas prótesis.

Esta tarea incluyó además, de todas las maniobras técnicas y clínicas que el procedimiento exigió.

Summary

Discrimination by age, which specifically affects older adults, is expressed in a set of actions or omissions that tend to treat the individual or a community with lower standards in reason exclusive of age itself.

It shows that age discrimination does not act in isolation, but acts in conjunction with other factors, increasing the risk of vulnerability and enhancing discrimination.

The social context in which many of our elders today find it impossible to receive alternative dental treatments that provide the firm possibility of improving their status as edentulous patients.

According to our experience, we see very often (in the Chair) elderly patients with conventional removable prostheses that relate their suffering with respect to use, especially relating their scarce or no retention, but also observed that the ideal solutions they are very far from being reached.

Insufficient economic resources are the great barrier that prevents all that social stratum, improve their quality of life, that reality moves us and leads us to think everyday, from our humble place, to try to find the desired solutions. Significantly improve the "quality of life" of the patient toothless geronte carrier of conventional dental prostheses, is to abolish the traumatic paradigm of believing that "my prosthesis move and I must hold on to that", to return to feel safety and comfort is vital to have one more reason, to travel more quietly this stage of life. In our environment, the concrete possibility of accessing dental prosthetic treatments that substantially improve the quality of life of emaciated geronte patients goes hand in hand, a mong other things, with their "economic condition".

From this problematic the PROAM program is born with the

firm conviction of being able to reach the express implementation in the idea of being able to make a therapeutic and solidary contribution (with out costs) to elderly patients of scarce economic resources, in order to rehabilitate the mod ontologically, through the installation of dental implants and their corresponding complete prosthetics.

In this program, the Oral Implantology Specialty Career of the Catholic University of Córdoba, led by Prof. Dr. Juan Carlos Ibáñez, and the Chair of Odontogeriatrics of the Faculty of Health Sciences of the Catholic University of Córdoba, participated. The holder is Prof. Dr. Juan Sorbera. With regard to the Career of Specialist in Oral Implantology (CEIO) she was in charge of carrying out all the necessary surgical interventions for the placement of Dental Implants through those specializing in those patients (older adults) that were selected, derivatives and accompanied opportunely from the Chair of Odontogeriatrics (CA.DO) from the irrespective clinical histories, orthopantomographies and corresponding prostheses. In this regard, its hould be clarified that he CA.D.O also performed a presumptive diagnosis prior to the general and oral conditions of each patient.

With respect to the activity of the CA.D.O, it was in charge of carrying out the primary care of the geronte patient and the corresponding prosthetic treatment.

Subsequently, the patients discharge ed by the C.E.I.O were referred to the CA.D.O, so that there, the faculty, will carry out the relevant actions for the placement of there tentative elements (cups) in the respective prostheses.

This task also included all the technical and clinical maneuvers that the procedure required.

Fundamentación

No es ninguna novedad que en nuestra cultura, orientada hacia la juventud, el vértigo y el consumo, el viejo y la vejez tienen una pésima imagen. Nadie quiere llegar a ser viejo, ya sea porque lo aleja de la juventud, ya sea porque lo acerca a la muerte. Portador de estas malas noticias, el cuerpo viejo es socialmente degradado y desechado como si de esa manera, fantásticamente se pudiera evitar la llegada de la propia vejez. Pero esto es imposible. "Desde el momento del nacimiento el ser humano está programado para envejecer y morir. Los efectos de este programa están visiblemente desplegados en la cara y en el cuerpo humano. Esto significa que cada vez que uno mira a un

ser humano, o a su imagen en un retrato o fotografía, uno percibe a un individuo que puede ser identificado en términos de su edad. De esta manera, cada imagen de un rostro o un cuerpo es, necesariamente, la imagen del envejecimiento" (Featherstone, 1992).

La sociología del cuerpo sugiere que en el curso de la última centuria, la gente que vive en los países más ricos mira a su cuerpo como una forma de desarrollar y afirmar su identidad. La identidad del self y del cuerpo ha quedado firmemente ínter-ligada. Ser, hoy en día, significa consumir y ser consumido a través de cultivar la salud corporal. Esto lleva a una crisis existencial, donde las bases

biológicas del cuerpo determinan que este proyecto está condenado al fracaso.

Los viejos de esta sociedad, cargan con este estigma como una enfermedad sobre sus rostros y sus cuerpos. El viejo deviene en una especie de metáfora escatológica y por lo tanto, debe ser separado del resto de la sociedad. Una multitud de fuerzas socio-psicológicas operan para remover a los viejos del resto de la sociedad y para asignarles un enclave físico y simbólico. Son aislados socialmente como si tuvieran una enfermedad: en la época del cuerpo perfecto ellos muestran una desviación, por lo tanto están enfermos. La vejez en sí misma se convierte en una enfermedad incurable (Hazan, 1994). Sin embargo, estas imágenes del cuerpo envejecido pueden ser usadas y de hecho lo son para transmitir mensajes que influyen poderosamente la manera en que las generaciones jóvenes se relacionen con los viejos y viceversa.

Tomas McGowan (1996) señala que esta construcción está basada en el uso de un componente psicosocial clave: la estereotipia. Utilizando ciertos atributos negativos, que de hecho pueden existir en un pequeño porcentaje de los miembros de un grupo, se generaliza y utiliza para categorizar a todos sus miembros. Por ejemplo, aunque está demostrado que solo un porcentaje menor de los viejos es enfermo y que la mayoría son funcionalmente sanos, el pequeño porcentaje de enfermedad es tomado como un atributo que caracteriza el hecho de volverse viejo. A partir de aquí, "viejo" es considerado sinónimo de "enfermo". "Las características personales de los individuos viejos son ignoradas y los viejos son etiquetados de acuerdo a este estereotipo negativo basado en su afiliación grupal. La estereotipia es discriminatoria porque niega el sentido de sí mismo y devalúa la singularidad ontológica del individuo. Provee además la racionalización psicosocial para otros tipos de discriminación, tales como la evitación interpersonal y la discriminación laboral. La segregación por edad y la amplia evitación del contacto con los viejos, también los restringe en su participación". En nuestra cultura mediática actual, es importante recalcar que el significado de las imágenes del cuerpo envejeciente, tal como se la encuentra en dibujos, pinturas, fotografías, películas o en programas de TV, esta culturalmente codificado y, al mismo tiempo, abierto a una gran variedad de interpretaciones que dependerán de las situaciones en las que se las encuentre y de los ojos con los cuales se mire.

Cuando nos sentamos a mirar la televisión, podemos ser llevados a creer, entre otras cosas, que la mayoría de los viejos son desagradables, no tienen dientes, están institucionalizados, tienen mala salud, son seniles, constipados o incontinentes; o extremadamente pobres o muy ricos. Demás está decir que estos mitos y estereotipos son totalmente erróneos. Presentan un retrato de la vejez que llevara a muchos de los actores sociales a mirar el envejecimiento con desdén y/o espanto.

Si caemos dentro de los estereotipos que nos muestra la televisión, podemos comenzar a funcionar de acuerdo a esos modelos y cuando seamos viejos vamos a sentirnos una carga para la sociedad: inútiles e improductivos. Sin embargo, hay que reconocer que en algunos sectores sociales las cosas parecen mostrar una ligera modificación: nos referimos al grupo formado por todos aquellos que viven por encima de las líneas de pobreza de sus respectivos países y donde, obviamente, están mejor situados quienes viven en países desarrollados.

En nuestro medio, la posibilidad concreta de acceder a tratamientos odontológicos protésicos que mejoren sustancialmente la calidad de vida a pacientes geróntes desdentados va de la mano entre otras cosas, con su "condición económica".

En términos generales, poder otorgar la posibilidad concreta de sentir placer al alimentarse, de entender que su dieta va a dejar de estar limitada, que conseguirá hablar con soltura y sobre todo, que podrá volver a sonreír como no lo hacía hace tiempo, es todo un cambio fundamental en su vida.

Mejorar notablemente la "calidad de vida" del paciente gerónte desdentado portador de prótesis dentales convencionales, es abolir el tan traumático paradigma de creer que "mis prótesis se mueven y debo aferrarme a eso", de volver a sentir seguridad y comodidad es vital para tener un motivo más, para transitar con más tranquilidad esta etapa de la vida. La implementación y concreción de este programa es el camino para llevar a cabo un extraordinario cambio positivo para nuestros adultos mayores.

Uno de los problemas frecuentes que nos plantea nuestra práctica diaria, es que muchos adultos mayores portadores de prótesis completas que son atendidos en nuestra Catedra por nosotros y por los estudiantes, sufren severos inconvenientes de retención, sobre todo en el maxilar inferior.

Diversos son los motivos que llevan a estos pacientes a este estado (dolor, molestias, traumas, lesiones, prótesis mal diseñadas, etc.) pero hay un factor que ocupa el primer lugar, y en este sentido, nos referimos al "terreno protético desdentado".

Como todos sabemos las prótesis removibles de mucoretención necesitan inexorablemente de un terreno acorde a tales exigencias, es decir rebordes residuales propicios. Ahora, cuando esta situación clínica no está presente, la problemática de la retención es de muy difícil solución, dentro las alternativas clínicas que este tipo de prótesis completas convencionales permiten.

A partir de esta realidad, nace la posibilidad concreta de la utilización y colocación de implantes (2) como medio de retención alternativo, en prótesis nuevas o convirtiendo en muchos casos a prótesis convencionales en sobredentaduras de implantomucoretención. A partir de esta terapéutica logramos mejorar notablemente parámetros de retención protética, que sin duda alguna redundan en una

mejor calidad de vida para estos ancianos en condición de vulnerabilidad.

En este sentido, la idea central de este trabajo estuvo basada en el hecho de poder colaborar aportando ese beneficio a aquellos que no tienen la posibilidad concreta de poder recibirlo, esto, bajo la estricta condición de vulnerabilidad socio-económica en la que se encuentra. Específicamente nuestros destinatarios fueron, pacientes Adultos mayores desdentados de ambos sexos, de condiciones económicamente vulnerables con severos trastornos en el uso en Prótesis completas convencionales, con condiciones clínicas aceptables (para ser intervenidos) y aportados por la Asociación Gerontogeriatrica del Centro y por demanda espontanea en la Universidad.

Objetivos:

- 1) Rehabilitar Protéticamente a Adultos Mayores desdentados mediante la colocación de Implantes y Prótesis dentales. (sin costos).
- 2) Aplicar esta terapéutica de tratamiento teniendo en cuenta fundamentalmente la "condición socioeconómica del enfermo", mediante una selección previa.
- 3) Evaluar las condiciones clínicas generales y odontológicas del paciente.
- 4) Diagnosticar, pronosticar y elaborar un plan de tratamiento acorde a las exigencias que el caso demande.
- 5) Devolver función y estética al paciente intervenido.
- 6) Integrarlo psico-socialmente al medio, si esto sucediera por razones odontológicas.
- 7) Generar un cambio en el régimen alimentario, si este estuviese distorsionado por factores dentarios.

Metodología de trabajo:

La implementación expresa de este programa estuvo basada en la idea de poder realizar un aporte terapéutico y solidario (sin costos) a pacientes adultos mayores de escasos recursos económicos, con la finalidad de rehabilitarlos odontológicamente, mediante la instalación de Implantes dentales y sus correspondientes Prótesis completas. Cabe destacar que la detección de esos pacientes (características económicas y sin ningún tipo de cobertura social) se llevó a cabo mediante un concienzudo análisis previo para poder otorgarles tal beneficio.



Intervinieron en este programa, la Carrera de Especialidad en Implantología Oral de la Universidad Católica de Córdoba, por un lado, y la Cátedra de Odontogeriatrica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Cató-

lica de Córdoba, por el otro.

En lo que respecta a la Carrera de Especialista en Implantología Oral (C.E.I.O) ella fue la encargada de llevar a cabo todas las intervenciones quirúrgicas necesarias para la colocación de Implantes Dentales por intermedio de los especializando en aquellos pacientes (adultos mayores) que fueron seleccionados, derivados y acompañados oportunamente desde la Cátedra de Odontogeriatrica (CA.D.O) munidos de sus respectivas Historias Clínicas, Ortopantomografías y prótesis correspondientes.



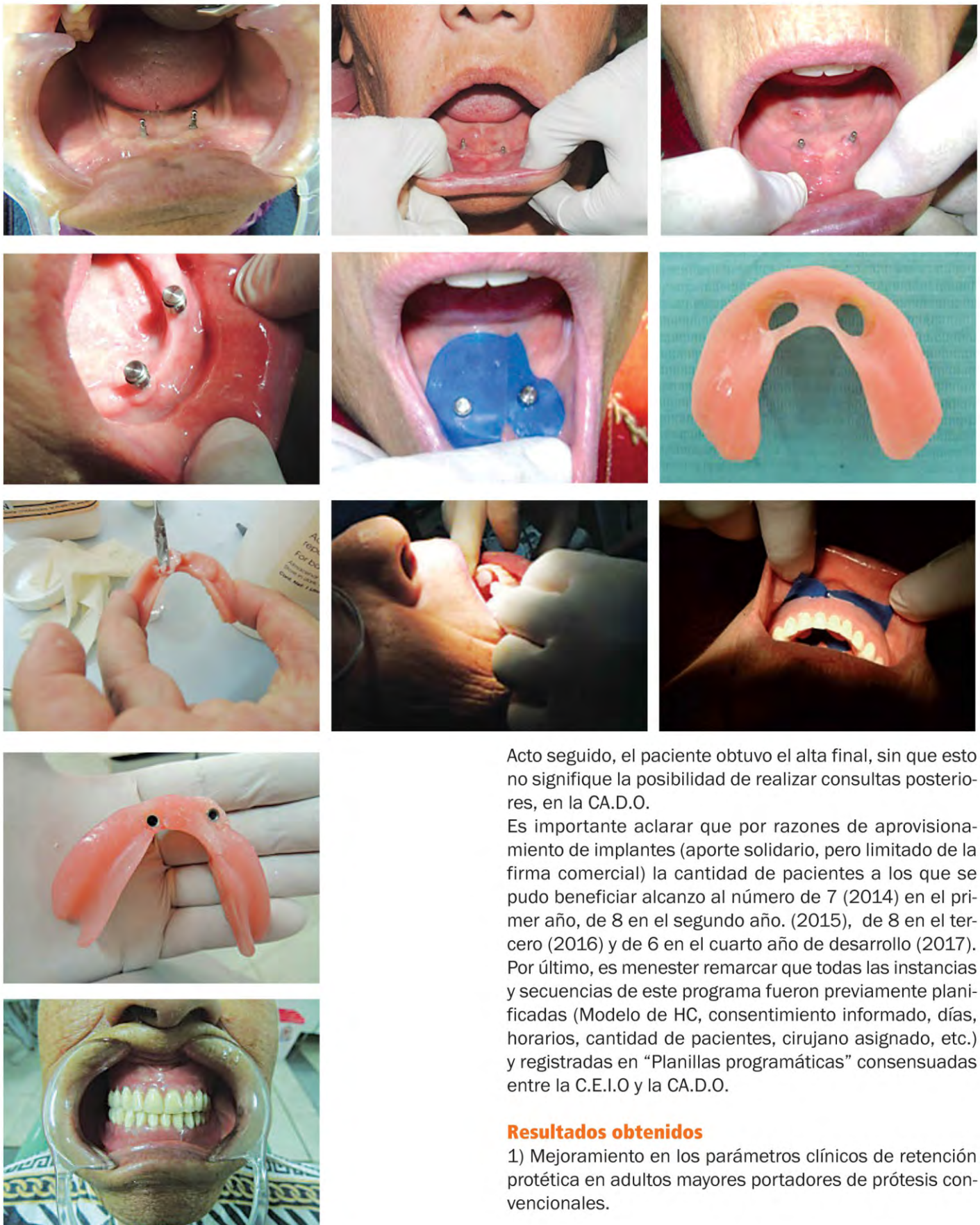
En este sentido, cabe aclarar que la CA.D.O realizo también un diagnostico presuntivo previo de las condiciones generales y orales de cada paciente.

Con respecto a la actividad de la CA.D.O, la misma fue la encargada de llevar a cabo la atención primaria del paciente gerónte y del tratamiento protético correspondiente.

La C.E.I.O no solamente llevo a cabo todas las intervenciones quirúrgicas planificadas, sino que también realizo todos los controles post-operatorios necesarios, siendo esta unidad, la encargada de dar las altas correspondientes a cada uno de los pacientes operados. Una vez que este paso fue cumplimentado, los pacientes fueron derivados a la CA.D.O, para que allí, el cuerpo docente, llevara a cabo las acciones pertinentes para la colocación de los elementos retentivos (cazoletas) en las respectivas prótesis.

Esta tarea incluyo además, de todas las maniobras técnicas y clínicas que el procedimiento exigió. (Prueba de ca-

zoletas, nivel de retención, fijación de estructura, preparación y uso de resina autopolimerizable, control de la oclusión, adaptación basal, etc.).



Acto seguido, el paciente obtuvo el alta final, sin que esto no signifique la posibilidad de realizar consultas posteriores, en la CA.D.O.

Es importante aclarar que por razones de aprovisionamiento de implantes (aporte solidario, pero limitado de la firma comercial) la cantidad de pacientes a los que se pudo beneficiar alcanzó al número de 7 (2014) en el primer año, de 8 en el segundo año. (2015), de 8 en el tercero (2016) y de 6 en el cuarto año de desarrollo (2017). Por último, es menester remarcar que todas las instancias y secuencias de este programa fueron previamente planificadas (Modelo de HC, consentimiento informado, días, horarios, cantidad de pacientes, cirujano asignado, etc.) y registradas en "Planillas programáticas" consensuadas entre la C.E.I.O y la CA.D.O.

Resultados obtenidos

- 1) Mejoramiento en los parámetros clínicos de retención protética en adultos mayores portadores de prótesis convencionales.

- 2) Aumento en la calidad de los fonemas, en la pronunciación de la palabra.
- 3) Devolución de la capacidad de sonreír sin miedos.
- 4) Ampliación de la gama de alimentos posibles de ser ingeridos.
- 5) Inserción social.
- 6) Internalización del valor de la solidaridad.
- 7) Estrechamiento de vínculos afectivos entre docentes, alumnos y pacientes.
- 8) Descubrimiento de una vocación profesional específica.
- 9) Mejora notable en la calidad de vida de los Adultos mayores intervenidos.

Conclusión:

El crecimiento sin precedente de la población avanzada es uno de los cambios sociales y demográficos que se han dado en las últimas décadas. Estamos siendo testigos de un aumento considerable en el número de personas de edad avanzada que sobrepasan los 70 y 80 años. Este aumento ha traído consigo también, un incremento en las necesidades de salud y su atención.

A pesar de que la mayoría de las personas que sobrepasan los 65 años funcionan relativamente bien y llevan una vida activa, un número considerable experimenta problemas de índole económica.

La implementación y el desarrollo de este programa durante estos años nos han regalado, casi mágicamente, una serie de acontecimientos y experiencias altamente gratificantes, tanto para el cuerpo profesional (interno y externo) como para nuestros queridos ancianos.

En nosotros como cuerpo docente, la magnífica sensación

de poder contribuir con nuestra destreza y experiencia al mejoramiento en la calidad de vida de nuestros adultos mayores, sobre todo sin la "habitual recepción del honorario profesional", esto sobre todo fue una experiencia altamente gratificante para los docentes más jóvenes que pudieron sentir la reconfortante acción de la solidaridad bien entendida, para con el prójimo, En nuestros adultos mayores, poder observar la increíble sensación de sentir un franco mejoramiento en sus funciones orales (masticación, fonación, estética, etc.), idea que para muchos de ellos era algo "imposible" de volver a experimentar.

El profundo agradecimiento y la gran alegría expresada en cada uno de ellos, fue para todos nosotros también una gran cuota de optimismo para seguir, desde nuestro humilde lugar, tratando de ayudar a conseguir que la tan ansiada calidad vida de estos ancianos sea mejor.

A propósito de esto, y más allá del deber profesional cumplido, este trabajo nos dejó la inmensa satisfacción de entender cómo, en muchas ocasiones el "dar una mano", a quienes más lo necesitan, provoca en cada uno de nosotros, la misma gran alegría que el otro experimenta.

Agradecimientos:

- Al Dr. Cesar Roquê Montilla (coordinador del PROAM)
- Al Sr Marcelo Lopez de la firma implancord B&W por el aporte de los implantes.
- A todo el personal docente de la UCC involucrado en este Programa. (Cátedra de Odontogeriatría y Carrera de Especialidad en Implantología Oral).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Abrams W, Berkow R. (1992): El Manual Merck de Geriatria. Ediciones Doyma. Vol 1. 46-70. Madrid.
- 2) Bazo, T. (2001): Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. Rev. Psicosocial. Col. Psicólogos. Vol. 10/3 - 259-275.
- 3) Butinof M, Guri A, Rodríguez G, Abraham D, Vera Y, Gasmann J. (2012). Adultos mayores en establecimientos geriátricos en la Prov. de Córdoba Apuntes para una reflexión preliminar 2-11. Córdoba..
- 4) Cardona Arias J, Álvarez Mendieta M y Pastrana Restrepo S. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos. Rev.Cienc.Salud.; 12/2: 139-155.
- 5) Castelblanco Niño M, Cerquera Guerrero L y Murillo Álvarez K (2013). Determinantes Sociales de la Salud y la discapacidad en Manizales.
- 6) Cuiat V, Maestro M, Martínez J.A, Monge V. (2000). Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo. Rev. Española de Salud Pub. 74 (3); 287-298.
- 7) Fernández Garrido J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. Tesis de Doctorado.
- 8) Giro Miranda J. (2006) Envejecimiento activo Envejecimiento en positivo. Logroño, Biblioteca de Investigación 47. Universidad de La Rioja. España.
- 9) Huenchuan S. (2004). Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina, serie población y desarrollo N° 51 62-80 Ed. CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- 10) Huenchuan S y Guzmán J. (2007). Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. Notas de población n° 83 • Ed. CEPAL. 103-106. México.
- 11) INAPAM (2011). www.inapam.gob.mx/.../Evaluación complementaria.
- 12) Kalache A y Keller M. (2002). Envejecimiento activo, un marco político. Rev. Esp de Geriatria y Gerontología; 37(S2):74-105.
- 13) KalacheA, y Kickbusch I.(1997).global strategy for heal thy ageing. World Health.; 4: 4-5.
- 14) Lip C, Rocabado F. (2005). Determinantes Sociales de la Salud.
- 15) Maya L. (2003). Componentes de la calidad de vida en adultos mayores. Fundación Latinoamericana de tiempo libre y recreación. FUNLIBRE
- 16) Montanet Avendaño A, Bravo Cruz C, Hernández E. (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas.13 (1): 1-10.
- 17) Neugarten, B. (1999): Los significados de la edad. Ed. Herder 20-41 Barcelona.
- 18) Nieto Antolínez Eco J y Alonso Palacio M. (2012). El envejecimiento y su atención en Colombia. Bogotá.
- 19) Organización Mundial de la Salud. (2011). Temas de salud. Envejecimiento. <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- 20) Organización mundial de la Salud. (2012). Envejecimiento activo. Un marco político. http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf.
- 21) O'Shea E. (2003): La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Boletín sobre el Envejecimiento, Observatorio de Personas Mayores. N°6. Ed. Imsero. 6-19.
- 22) Rodríguez L. (2008). Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud. <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>.
- 23) Roisinblit R. (2010). Odontología para las personas mayores. 1a ed. E-Book. el autor. Buenos Aires: 9-17
- 24) Soberanes Fernández S; González Pedraza A; Moreno Castillo Y; (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Esp. Médico-Quirúrgicas, 14/4.
- 25) Soriano R. (2000). Guía para realizar investigaciones sociales. 1° Edición. Ed. Plaza y Valdez. 26-52. México.
- 26) Verdugo Alonso M. Gómez Sánchez L. Arias Martínez B. (2009). Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. 1ª Edición: Avenida de la Merced, 109-131 Salamanca. <http://www.usal.es/inico>.