

2017



Estudio de la Salud Bucodental de las personas mayores en Galicia.

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

ANA BELÉN GAMALLO MOURE

Santiago de Compostela, 2017





UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA



**ESTUDIO DE LA SALUD BUCODENTAL DE LAS
PERSONAS MAYORES EN GALICIA**

TESIS DOCTORAL

Asdo:

ANA BELÉN GAMALLO MOURE

Santiago de Compostela, 2016





Facultad de Medicina y Odontología

Departamento de Estomatología

El Dr. Andrés Blanco Carrión, el Dr. Jesús Varela Mallou y la Dra. Eva Otero Rey, profesores de la Universidad de Santiago,

CERTIFICAN

Que Dña. Ana Belén Gamallo Moure, ha realizado bajo su dirección y supervisión el trabajo de investigación **Estudio de la Salud Bucodental de las personas mayores en Galicia**, y cumple todos los requisitos legales para ser presentado y defendido como Tesis Doctoral.

Y para que conste y a petición de la interesada, se expide y firma la presente certificación en

Santiago de Compostela, a 5 de Febrero de 2017

Fdo. Dr Andrés Blanco

Fdo. Dr. Jesús Varela

Fdo. Dra. Eva Otero





***A mi madre, esa estrella en el
cielo que guía todos mis pasos***



AGRADECIMIENTOS

A mis **directores de tesis:**

Al **Dr. Andrés Blanco Carrión**, por ser mi maestro y amigo, por su infinita paciencia y cariño conmigo. Su ejemplo constante de esfuerzo y dedicación, por ser como un padre para mí. Gracias por hacerte imprescindible en mi vida.

Al **Dr. Xesús Varela Mallou**, por su sabiduría y su disponibilidad, y por hacerme ver la vida desde un punto de vista diferente.

A la **Dra. Eva Otero Rey**, por su perfección e inestimable generosidad, y por ser un ejemplo para mí de que toda constancia y trabajo tiene su recompensa.

A la colectividad de profesores y alumnos del **Máster de Odontología Práctica Diaria**, porque aunque el nombre no sea el más idóneo, a partir de aquí surgió todo mi futuro y para mí significa amistad y cariño hacia todos.

También a profesores y alumnos del Máster de Patología médico-quirúrgica oral y odontología integral, y al Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología.

A la Unidad de Psicología do Consumidor e Usuario de la Universidad de Santiago de Compostela (**USC-PSICOM**), y sobre todo a Alba Grobas Farto, por todo su apoyo a la realización del estudio estadístico.

A mi mejor amigo, **Manuel Peñamaría Mallón**, por su apoyo incondicional y cariño y por ser el causante del 90% de las risas de mi vida, gracias.

A **Fátima Suárez Alén**, por ser amiga, compañera y por abrirme su corazón, y brindarme lo más preciado del ser humano, su amistad.

A mis amigos, sobre todo a ti Sonia Pérez, por ser mi compañera todos los días y sobre todo, confidente y amiga, y a ti Mónica Abal por tu apoyo incondicional siempre que lo necesito.

A mi familia, a mi padre, a Elena, Alberto, Alba, Raúl y Sara por ser el motor de mi vida. A Manuel, por ser el compañero ideal y haber estado siempre presente, especialmente en los momentos más difíciles, te quiero.





ÍNDICE



ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Demografía y envejecimiento

2.1.1 Demografía en Galicia

2.1.2 Previsión futura de los cambios demográficos

2.2 Discapacidad, dependencia y marco legal

2.3 Envejecimiento

2.3.1 Envejecimiento oral

2.3.1.1 Características generales del envejecimiento

2.3.1.2 Envejecimiento de la estructura esquelética de los maxilares

2.3.1.3 Envejecimiento de la ATM y músculos masticatorios

2.3.1.4 Envejecimiento de la expresión facial

2.3.1.5 Envejecimiento de la vascularización e inervación

2.3.1.6 Envejecimiento de la mucosa oral y las glándulas salivales

2.3.1.7 Envejecimiento del tejido dentario

2.4 Patología oral de los mayores

2.5 Atención bucodental de las personas mayores

2.5.1 Sistema Sanitario Público

2.5.2 Odontología Privada

2.5.3 Facultad de Odontología

2.5.4 Atención odontológica en instituciones geriátricas

2.6 Exclusión social de los mayores

2.7 Pensiones de jubilación

2.8 Convenios y ayudas para la atención bucodental

2.9 Asistencia odontológica en pacientes geriátricos funcionalmente dependientes y frágiles

2.9.1 Programas de asistencia odontológica para mayores dependientes

2.9.2 Programas de asistencia dental domiciliaria

2.9.3 Cuidados paliativos odontológicos

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS
4. MATERIAL Y MÉTODO
5. RESULTADOS
 - 5.1 Descriptiva de la muestra
 - 5.2 Estado de Salud Oral
 - 5.3 Hábitos de higiene oral
 - 5.4 Uso de los servicios odontológicos
 - 5.5 Calidad de vida
 - 5.5 Barreras arquitectónicas
6. DISCUSIÓN
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA
9. ANEXOS



1. JUSTIFICACIÓN





1. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los cambios más significativos que se ha dado en las sociedades desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX. Se calcula que en el año 2050, la población anciana alcance más del 30% del total. Las importantes ganancias en esperanza de vida, junto con tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, son las dos circunstancias que han originado este crecimiento de la cantidad de personas mayores.

El substancial aumento que la población anciana experimentará en los próximos años, ha provocado una importante preocupación social, debido al temor de que la estructura de edad de la población se invierta, dándose el fenómeno que Wallace denomina *seísmo demográfico* y Livi y Bacci *involución demográfica*.(91)

España, y más concretamente Galicia, es una de las poblaciones más envejecidas, cuyo índice de envejecimiento representa en la actualidad un 23%. Las previsiones del Instituto Gallego de Estadística indican que superará el 25% a finales de esta década. (9)

La salud bucodental de este grupo de población afecta a los tejidos orales y funciones, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral. La falta de dientes y ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria, sobre todo de alimentos de consistencia dura, se producen trastornos de la nutrición. Además, se afecta la autorrealización y aceptación al generarse vergüenza; baja autoestima, dolor e incomodidad frente a otras personas durante el momento de las comidas y de socialización. Otros factores generales como el uso de medicamentos, altos costes de la atención en salud, el nivel educativo y la clase social pueden comprometer la salud del adulto mayor. (32)

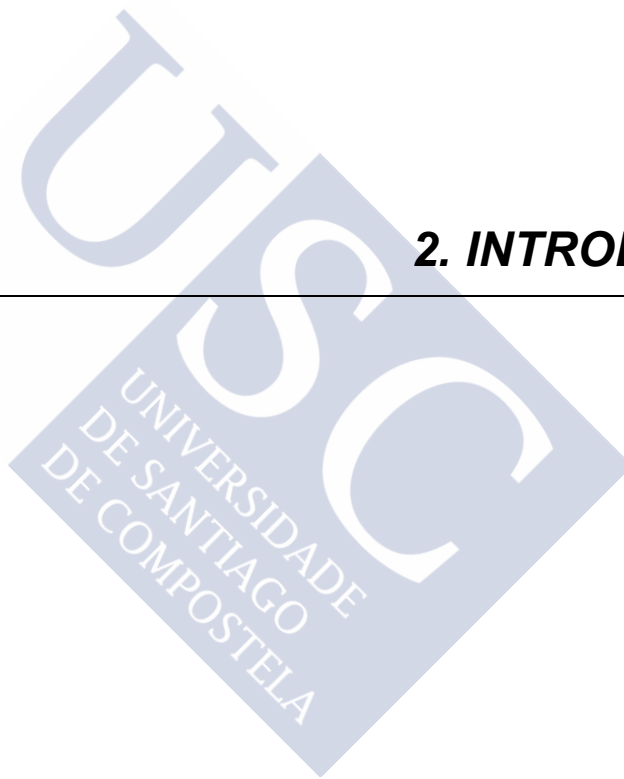
El contexto socioeconómico y las barreras arquitectónicas son factores que ejercen una poderosa influencia en la salud bucodental de las personas mayores haciendo que en muchos casos ésta sea precaria.

Por último, existen pocos estudios que puedan analizar cómo está realmente la salud oral de las personas mayores y su relación con factores sociales, económicos, etc.

Por todo ello, consideramos oportuno la realización de este trabajo, para dar a conocer el estado de la salud bucodental y la accesibilidad de las personas mayores a la atención bucodental en Galicia.



2. INTRODUCCIÓN





2. INTRODUCCIÓN

2.1 Demografía y envejecimiento

El proceso de envejecimiento es una reestructuración de las edades que modifica las relaciones entre generaciones; por tanto, supone un desafío a esos esquemas de bienestar. Muchos de los cambios que se han producido y se producirán son positivos. El envejecimiento demográfico representa un éxito de las mejoras sanitarias y sociales sobre la enfermedad y la muerte. Pero también implica importantes retos. Constituye una auténtica revolución pausada. La reestructuración de las edades es lenta, tiene sus raíces en causas del pasado, pero tendrá consecuencias revolucionarias en la vida de las personas, la familia, en la economía, las finanzas públicas e incluso la geopolítica; tendrá impacto significativo sobre el potencial de crecimiento y una fuerte presión sobre el gasto público. (62)

El envejecimiento de la población difiere del envejecimiento de las personas. Las sociedades pueden envejecer (al aumentar la proporción de personas de edad) o pueden rejuvenecer, por lo que los problemas y desafíos en uno u otro caso son diferentes. En cambio, los individuos envejecen cada año que sobreviven; añaden un dígito a su edad cronológica. Las tendencias emergentes en el proceso de envejecimiento tienen que ver con los cambios históricos recientes y la previsión de los cambios futuros que afectan a la sociedad en su conjunto.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2.000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%.

A principios de 2014 se calculaba que la población mundial era de 7.200 millones de personas, que se incrementaba en unos 82 millones de personas cada año, y que más o menos la cuarta parte de este crecimiento se produciría en los países menos adelantados. De mantenerse la trayectoria actual, la población mundial alcanzará 8.100 millones en 2025 y 9.600 millones en 2050. (13)

En la actualidad, de los 82 millones de personas que se suman cada año a la población mundial, el 54% corresponde a Asia, y el 33% a África. La mayor parte del crecimiento de la población previsto entre 2014 y 2050 se concentrará en un pequeño número de países. Se espera que nueve países representen más de la mitad del aumento de la población proyectado en el mundo: Estados Unidos de América, Etiopía, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania y Uganda. Varios de estos países figuran entre los que en la actualidad tienen mayor cantidad de población.

En el extremo opuesto del espectro, se espera que la población de más de 40 países y regiones principales decrezca entre 2014 y 2050. Los descensos más acusados en cifras absolutas se darán en Alemania, China, la Federación de Rusia, Japón, Polonia, Rumanía, Serbia, Tailandia y Ucrania. El descenso de la población y la aceleración de su envejecimiento constituyen, por tanto, grandes motivos de preocupación en un número cada vez mayor de países y regiones principales. (13)

El envejecimiento de la población, fenómeno debido al cual las personas de más edad representan una parte proporcionalmente mayor del total de la población, es inevitable cuando la vida se prolonga y desciende la tasa de natalidad. Por tanto, no resulta sorprendente que los patrones descendentes de fertilidad y mortalidad de los dos últimos decenios hayan producido cambios significativos en la estructura de edad de la población mundial. Aunque el fenómeno está más avanzado en Europa y en América del Norte, el envejecimiento de la población se está produciendo, o comenzará en breve, en todas las regiones principales del mundo. A escala mundial, la proporción de personas mayores aumentó del 9% en 1994 al 12% en 2014, y se espera que alcance el 21% en 2050. (Figura 1) (6)

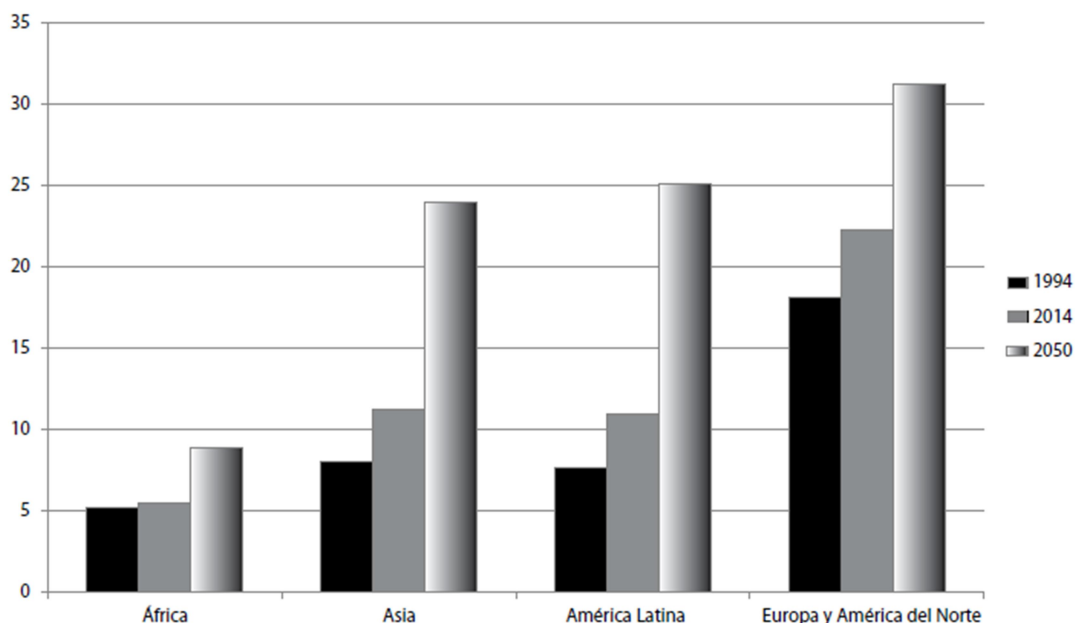


Figura 1. Porcentaje de la población mayor de 65 años, por región principal. 1994, 2014, y 2050.
Fuente: Naciones Unidas (Informe 2014)

Las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento en el mundo. En 2014, la tasa de crecimiento anual de la población de mayores de 65 años casi triplicará la tasa de crecimiento de la población en su conjunto. En términos absolutos, el número de personas mayores de 65 años casi se ha duplicado entre 1994 y 2014, y las personas de ese grupo de edad superan ahora en número al de menores de 5 años. (41)

El envejecimiento de la población es una característica que afecta a la población mundial. Las sociedades envejecen en todas las partes del mundo. Los grupos de personas de más de 65 años comienzan a ser un segmento importante de todos los países. Los datos de Naciones Unidas a este respecto muestran la población mundial de 6.515 millones de personas, de las cuales 477 millones tienen más de 65 años, el 7,3% del total. (Figura 2). (30)

	2000				2050			
	Población total (millones)	Pobl. 65+ (millones)	% 65+	Edad mediana	Población total (millones)	Pobl. 65+ (millones)	% 65+	Edad mediana
Mundo	6.515	477	7,3	28	9.191	1.492	16,2	38,1
Países desarrollados	1.216	186	15,5	38,6	1.245	326	26,1	45,7
Países en desarrollo	5.299	292	5,5	25,5	7.946	1.166	14,7	36,9
Los menos desarrollados	767	25	3,3	19	1.742	120	6,9	27,9
África	922	31	3,4	19	1.998	138	6,9	28
Asia	3.938	250	6,4	27,6	5.266	923	17,5	40,2
Europa	731	116	15,9	38,9	664	183	27,6	47,3
España	43	7	16,8	38,8	46	15	33,2	49,5
América Latina y el Caribe	558	35	6,3	29	769	143	18,5	40,1
América del Norte	332	41	12,3	36,3	445	96	21,5	41,5
Oceanía	33	3	10,3	32,3	49	9	19,4	40

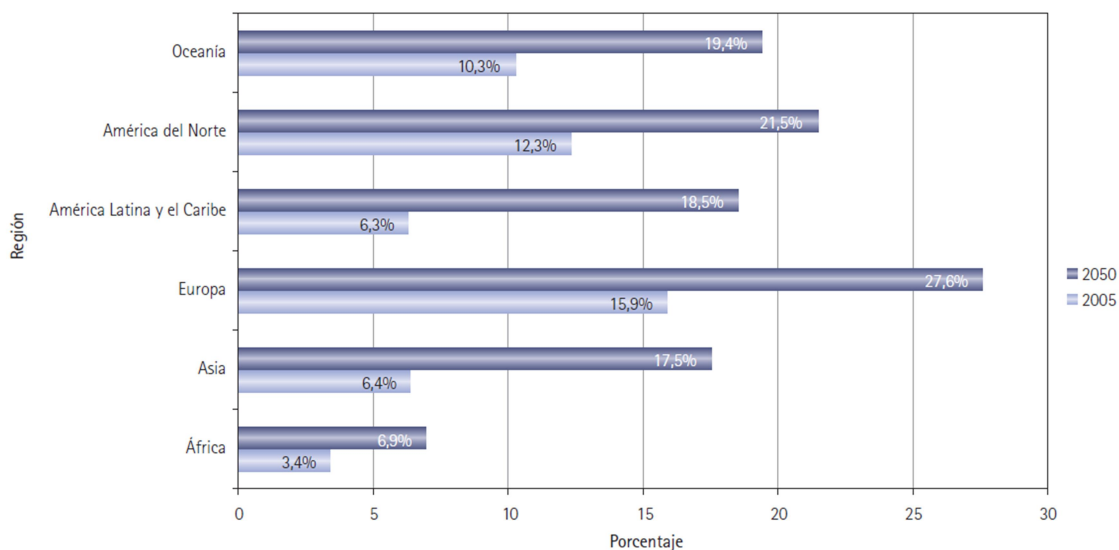
Fuente: N.U.: *World Population Prospects: The 2006 Revision*. N.U., consulta en mayo de 2008.

Figura 2. El envejecimiento mundial, 2000-2050.

Fuente: *World Population Prospects: The 2006 Revision*. N.U.

En la actualidad África es el continente con menor tasa de envejecimiento (3,4%). En escala ascendente le sigue América Latina y Caribe, con un 6,3% de población mayor; muy cerca se sitúa Asia, con un 6,4% de personas mayores. Le sigue con algo de distancia porcentual Oceanía (10,3%) y América del Norte, con un 12,3%. Sobrepasando el umbral del 15% se sitúa Europa, con un 15,9%; destacando sobre esta media continental se sitúa nuestro país con un 16,8%.

Las proyecciones muestran, sin embargo, que estas grandes diferencias relativas entre la población mayor de los diferentes continentes y regiones tiende a igualarse al sufrir un aumento desmesurado la población mayor de los países en vías de desarrollo. En 2050 la evolución de la población mayor en los países desarrollados no llega a duplicarse a la actual, sin embargo entre los países en vías de desarrollo la cifra se multiplica por cuatro, pasando de 292 millones de personas mayores en 2005 a 1.166 millones en 2050. El envejecimiento en los países menos desarrollados implica cambios estructurales importantes que llegarán de manera menos paulatina que en el resto del mundo. Entre los países más pobres este proceso será más rápido y brusco. Un cambio tan sustancial en la sociedad supondrá cambios necesarios resolutivos y bien orientados a través de una planificación en un período muy breve de años (Figura 3). (30)



Fuente: N.U.: *World Population Prospects: The 2006 Revision*. N.U., consulta en mayo de 2008.

Figura 3. Porcentaje de población de 65 años por regiones 2005-2050.

Fuente: *World Population Prospects: The 2006 Revision*. N.U.

Los cambios demográficos experimentados en la Unión Europea revestirán una importancia considerable en los próximos decenios: como sugieren los modelos demográficos de las tendencias de población futuras, unas tasas de nacimiento sistemáticamente bajas, y una esperanza de vida al alza, se reflejarán en una estructura de edad de la población cada vez más envejecida. Se prevé que tal patrón de envejecimiento de la población, cada vez más evidente en todas las regiones de la Unión Europea, tendrá graves repercusiones en una amplia gama de áreas de la formulación de políticas, y que afectará a la población en edad escolar, la asistencia sanitaria, la participación en la población activa, la protección social, las cuestiones relacionadas con la seguridad social y las finanzas públicas, entre otros asuntos. (41)

Europa envejece de forma progresiva y rápida. Estamos en el inicio de un fenómeno nuevo, que está trastocando nuestras estructuras demográficas y que tiene amplias repercusiones sociales, económicas y culturales. Se trata de una revolución silenciosa que avanzará a lo largo del siglo XXI y que demanda cambios inmediatos e importantes en nuestra sociedad e incluso en nuestro modelo de convivencia. El Tercer Informe sobre Demografía publicado en 2014 por la Comisión Europea y la Oficina Europea de Estadísticas (Eurostat),

demuestra que los habitantes de Europa viven más tiempo y lo hacen de forma más saludable que nunca.

Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España son los países de la Unión Europea con una cifra más alta de personas mayores. (4)

En la Figura 4 se muestran los datos de los 25 países miembros de la Unión Europea; señala cómo los diferentes grupos de población de distintas edades han cambiado en los últimos 50 años y continuarán cambiando en los próximos 50. El grupo más joven (de 0 a 14 años) está en la parte más inferior del diagrama de barras y el grupo mayor (de 80 años en adelante) está en la parte más alta. Los datos cubren el periodo que abarca desde 1950 a 2050. De esta manera, podemos ver a partir de estos 100 años de datos sobre el cambio de la estructura de la población en los países de la Unión Europea. Y si nos centramos en las dos últimas barras de la parte superior (que representa los grupos de edad de 65 a 79 años y de 80 en adelante) se puede observar cómo dichos grupos están creciendo rápidamente. Podemos ver cómo del 10% en 1950 aumentará hasta casi llegar al 33% en 2050. Por lo tanto, éste es el contexto, y lo que llamamos fenómeno del envejecimiento poblacional: un crecimiento de los grupos de mayor edad que vivirán en el futuro en nuestras sociedades y estará acompañado por un decrecimiento generalizado de la población. (116)

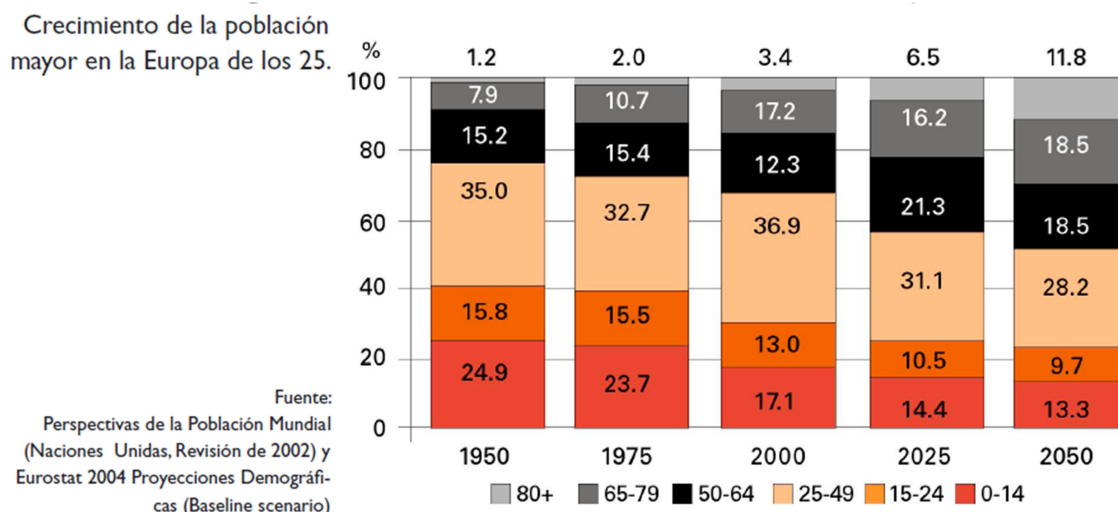


Figura 4. Crecimiento de la población mayor en la Europa de los 25.
Fuente: Perspectivas de la población mundial (Naciones Unidas, Rev 2002) y Eurostat 2004 Proyecciones Demográficas

Podemos ver que casi todas las sociedades europeas están envejeciendo, pero debemos ser conscientes de que algunas lo están haciendo más rápido que otras; por lo tanto, los retos de una población en proceso de envejecimiento surgirán primero en determinadas sociedades. Otro fenómeno notable que podemos apreciar, es que el grupo de personas cuya edad está comprendida entre los 15 y los 64 años está decreciendo. Esto manifiesta que en el futuro nuestra población contará con una porción menor de personas laboralmente activas. (116)

Pero el fenómeno más exitoso que normalmente asociamos al envejecimiento de la población es en realidad el aumento de la esperanza de vida, particularmente en edades avanzadas. Las personas que llegan a la edad de 60 o 65 años tienen elevadas posibilidades de sobrevivir hasta mucho más tarde en la vida. En la Figura 5 podemos comparar algunos países europeos y norteamericanos, además de Japón.

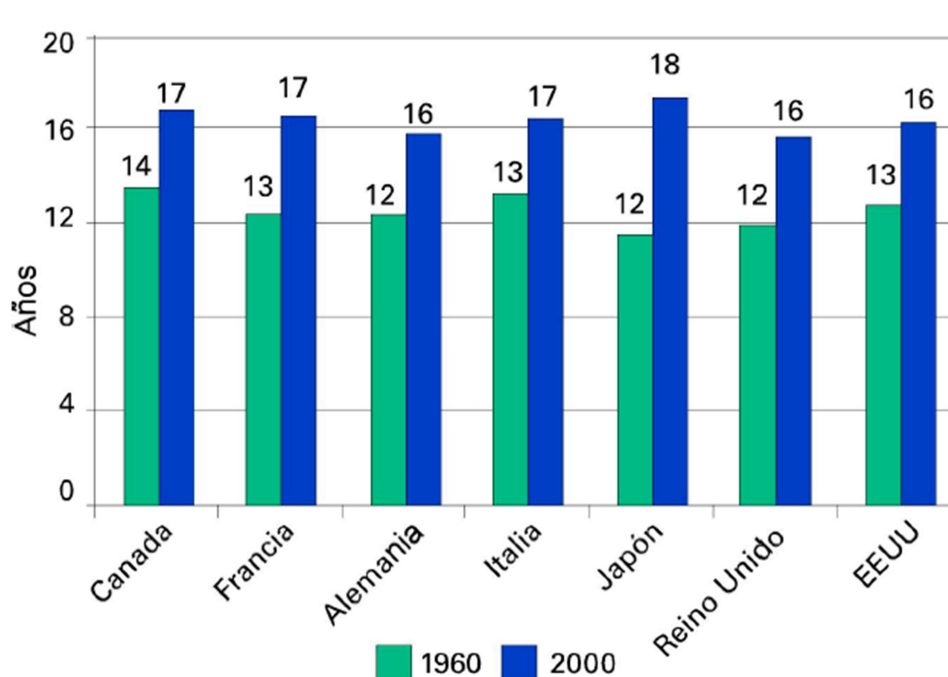


Figura 5. Esperanza de vida a los 65 años en Estados avanzados.
Fuente: Datos de Naciones Unidas relativos a la esperanza de vida.

Si retrocedemos en el tiempo, podemos observar que Europa ha estado siempre al frente de muchas políticas innovadoras que se introdujeron en el pasado siglo para proporcionar recursos y servicios a las personas mayores. Europa fue pionera en la implantación de las pensiones por jubilación: dicho sistema apareció primero en Alemania y después en Inglaterra y en otros países europeos. Es en Europa donde aparecen ideas innovadoras para proporcionar cuidados de larga duración para los mayores: el término de institucionalizado “cuidados de larga duración” apareció por primera vez en nuestro continente. Ahora que afrontamos en profundidad este problema no existen razones para pensar que no seremos capaces de superar el reto y de proporcionar soluciones para ello. (13)

España sigue su proceso de envejecimiento. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de Enero de 2015 hay 8.573.985 personas mayores (65 y más años), el 18,4% sobre el total de la población (46.624.382). En la Figura 6 se muestra la evolución de la población en España desde 1900 a 2061. (4)

Podemos observar cómo sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 5,8% de toda la población.

Según la proyección del INE, en 2061 habrá más de 16 millones de personas mayores (el 38,7% del total)

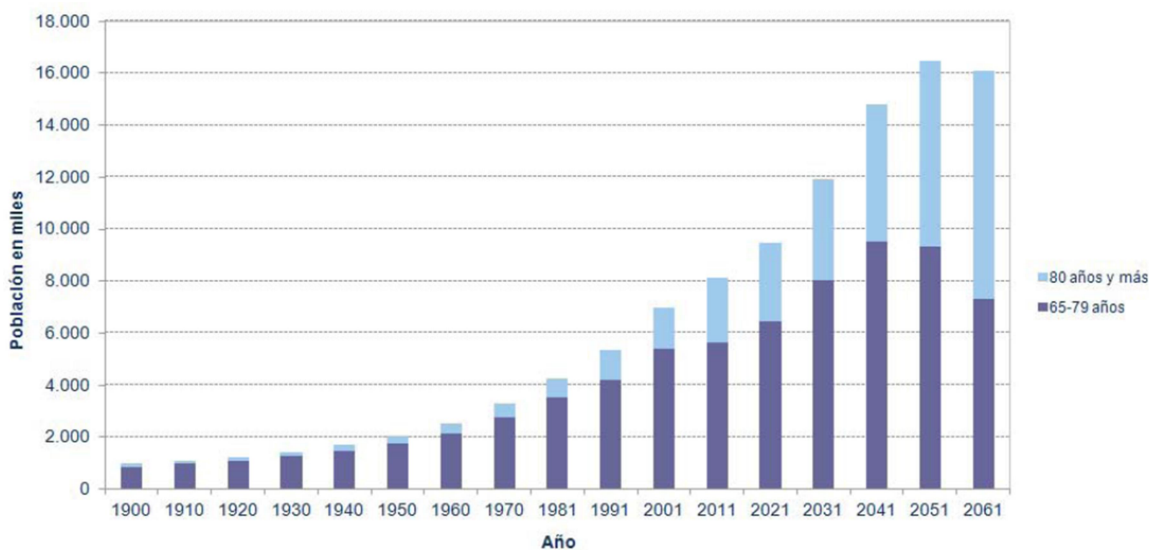


Figura 6. Evolución de la población mayor, 1900-2061.
Fuente: INE: INEBASE.

El mayor número de personas de edad se concentra en los municipios urbanos; por ejemplo, en los dos municipios más grandes de España (Madrid y Barcelona) viven casi un millón de personas mayores, más que en los 5.834 municipios rurales. Sin embargo, el envejecimiento (la proporción de personas mayores respecto al total) es mucho más acentuado en el mundo rural. En 2015, viven 2.749.014 de personas en los municipios rurales, de las que el 27,9% son personas mayores. En la Figura 7 puede compararse a escala lo que representa la población rural en el conjunto de España.

La estructura de la población cambiará. Hacia 2050 las personas mayores habrán duplicado sus efectivos actuales. La población en edad laboral y los niños habrán reducido su peso. Los mayores triplicarán la cifra de niños.

El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 33% más de mujeres que de hombres.

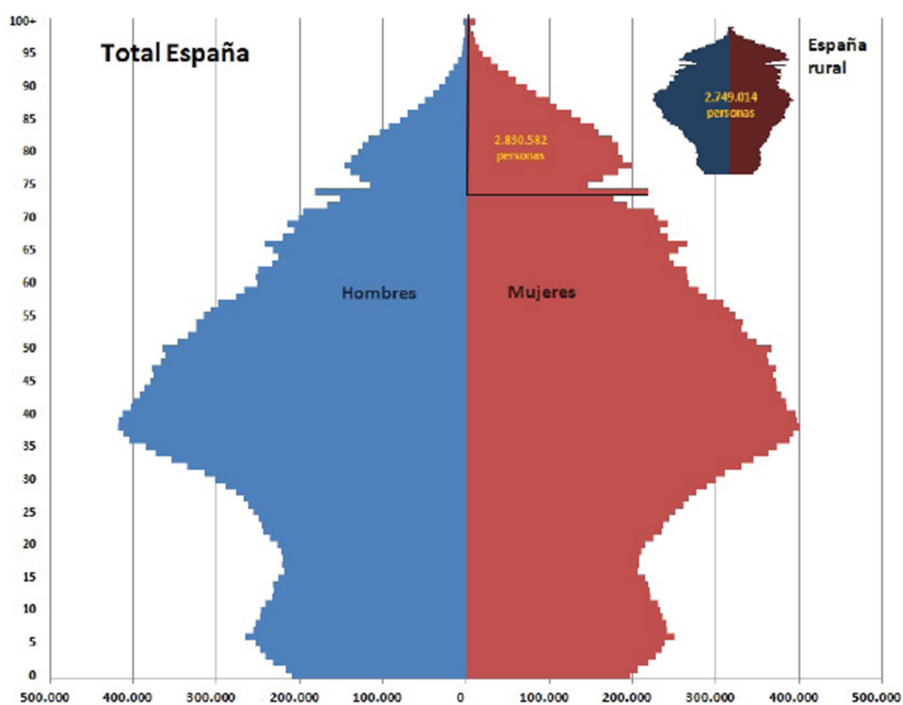


Figura 7. Pirámides de población de España y de la España rural, 2015.
Fuente: INE: INEBASE. Padrón continuo a 1 de enero de 2015.

Castilla y León, Asturias, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria son las comunidades Autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 20%, como podemos observar en la Figura 8.

Personas de 65 y más años respecto al total de población, por comunidades autónomas. España, 2015 (%)

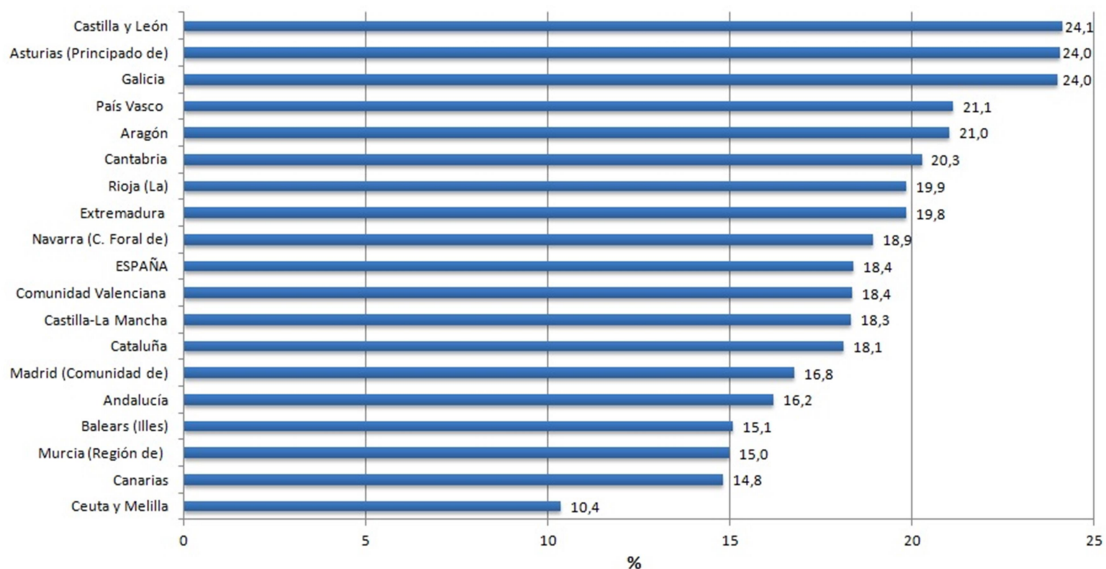


Figura 8. Distribución de población española mayor de 65 años 2016. Fuente: INEBASE.

Canarias, Murcia y Baleares son las comunidades con proporciones más bajas, por debajo del 16%. Cataluña, Andalucía, y Madrid son las comunidades con más población de edad, y superan el millón de mayores cada una. (Figura 8).

(4)



2.1.1 Demografía en Galicia

De acuerdo con las cifras oficiales de población del Padrón Municipal de Habitantes publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de Enero de 2016 Galicia tiene un total de 2.718.525 habitantes, un 48.28% hombres y un 51.72% mujeres.(115)

La distribución territorial la podemos apreciar en la Figura 9.

2012	Total	Homes	Mulleres
Galicia	2,782,128	1,343,328	1,438,170
A Coruña	1,143,911	550,009	593,902
Lugo	348,902	169,536	179,366
Ourense	330,887	159,175	171,082
Pontevedra	958,428	464,608	493,820

Fonte: Elaboración propia a partir de datos do INE. Padrón municipal de habitantes

Figura 9. Distribución territorial de población en Galicia. IGE

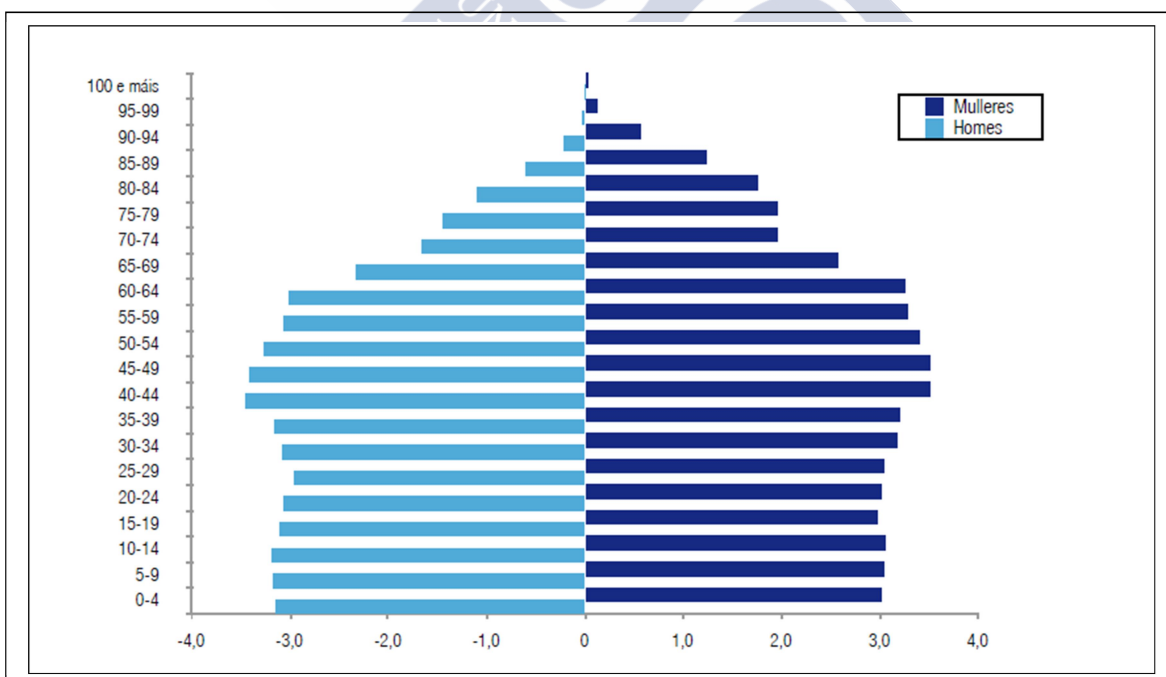


Figura 10. Pirámide poblacional en Galicia 2011. IGE

Como se puede observar en la pirámide de población (Figura 10), en los grupos quinquenales de edad más avanzada, (los grupos de edad a partir de los

65 años), se observa la siguiente distribución: las personas de 65 a 69 años de edad representan el 5.82% de la población total, las personas con edad comprendida entre los 70 y los 74 años suponen un 4.54% de la población de Galicia, la población entre los 75 y los 79 años es el 5.21% del total, las personas entre los 80 y los 84 años representan el 3.82% del conjunto de la población, el grupo de población con edades comprendidas entre los 85 y los 89 años suponen el 2.26% de la población gallega, las personas con edades comprendidas entre los 95 y 99 años apenas representan un 0.25% del total y las mayores de 100 años son el 0.04% de la población en Galicia. En su conjunto estos grupos de edad avanzada representan el 22.86% de la población gallega. (115)

La situación de los índices demográficos más significativos se pueden observar en la siguiente tabla (Figura 11):

2011	Galicia	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra
% de poboación segundo o ámbito xeográfico	5,9	41	12,6	11,9	34,5
Densidade de poboación	94,5	144,3	35,7	45,8	214,4
Idade media no 1 de xaneiro	45,1	44,8	48,3	48,7	43,1
% de poboación menor de 20 anos	15,7	15,8	13,2	13,4	17,5
% de poboación entre 20 e 64 anos	61,7	62,6	58,8	57,6	63,2
% de poboación de 65 e mais anos	22,5	21,6	28	29,1	19,3
Índice de envellecemento	143,1	137,4	211,6	217,9	110,4
Índice de sobreenvellecemento	14,9	13,7	17,6	17,1	13,8
Índice de dependencia global	51,8	50,1	59,8	62,9	47,6
Índice de dependencia xuvenil	17,6	17,6	15,1	15,5	19,1
Índice de dependencia senil	34,2	32,5	44,7	47,4	28,5
Índice da estrutura da poboación en idade activa	109,2	110,2	118,9	119,7	101,9
Índice da estrutura de recambio da poboación en idade activa	148,1	155,4	158,2	167,7	131

Fonte: IGE. Indicadores demográficos.

Figura 11. Índices demográficos en Galicia 2011. IGE

2.1.1.1 Natalidad

En Galicia nacieron en el año 2011 un total de 21.594 personas. Tal y como observamos en la Figura 21, en la actualidad el índice de fecundidad en Galicia es de 1.07 y la tasa bruta de natalidad se sitúa en un 7.9.(115) Estos datos son mucho menores que los que existen a nivel de España. (Figura 12).

	Galicia (2011)
Índice sintético de fecundidade (nº de fillos por muller en idade fértil)	1,07
Taxa bruta de natalidade (nacidos por cada 1.000 habitantes)	7,9
Taxa global de fecundidade (nacidos por 1000 mulleres de 15 a 49 anos)	33,9
Idade media á maternidade	32,19
Taxa bruta de mortalidade (defuncións por cada 1.000 habitantes)	10,93
Saldo vexetativo por 1.000 habitantes	-3,03

Figura 12. Índices demográficos de natalidad y mortalidad en Galicia 2011. IGE

2.1.1.2 Esperanza de vida

En 1975 el horizonte teórico para la población gallega se situaba en 73,16 años, ligeramente por debajo del indicador calculado para el conjunto de los españoles: 73,34. En más de tres décadas de democracia, la esperanza de vida ha crecido hasta los 81,18 años en la comunidad (81,24 para el conjunto estatal), según los últimos datos publicados por el INE, relativos a 2008.(55)

La esperanza de vida de la población gallega es la décima del territorio estatal. Las comunidades de Madrid, Navarra y Castilla y León registran las cifras más altas, por encima de los 82 años. Ceuta y Melilla, ambas por debajo de los 80 años, son los territorios con un horizonte más bajo, con un diferencial que supera los tres años de vida con respecto a la comunidad más longeva.(115)

La diferencia entre sexos es una constante. La esperanza de vida de las mujeres gallegas supera en casi dos años la estimada para la población masculina. En 1975, primer año de la serie, la duración de la vida calculada para

las mujeres era de 81,18 años y de 79,30 para los hombres. En 2008 ambas habían subido en paralelo, manteniendo el diferencial, hasta los 84,66 y los 82,90 años.(55)

En el año 2011, el índice de envejecimiento alcanzó un valor de 143.1, es decir, por cada 100 jóvenes menores de 20 años que residían en Galicia, 143 tienen más de 65 años. Esta cifra varía dependiendo de la provincia. (Figura 13).

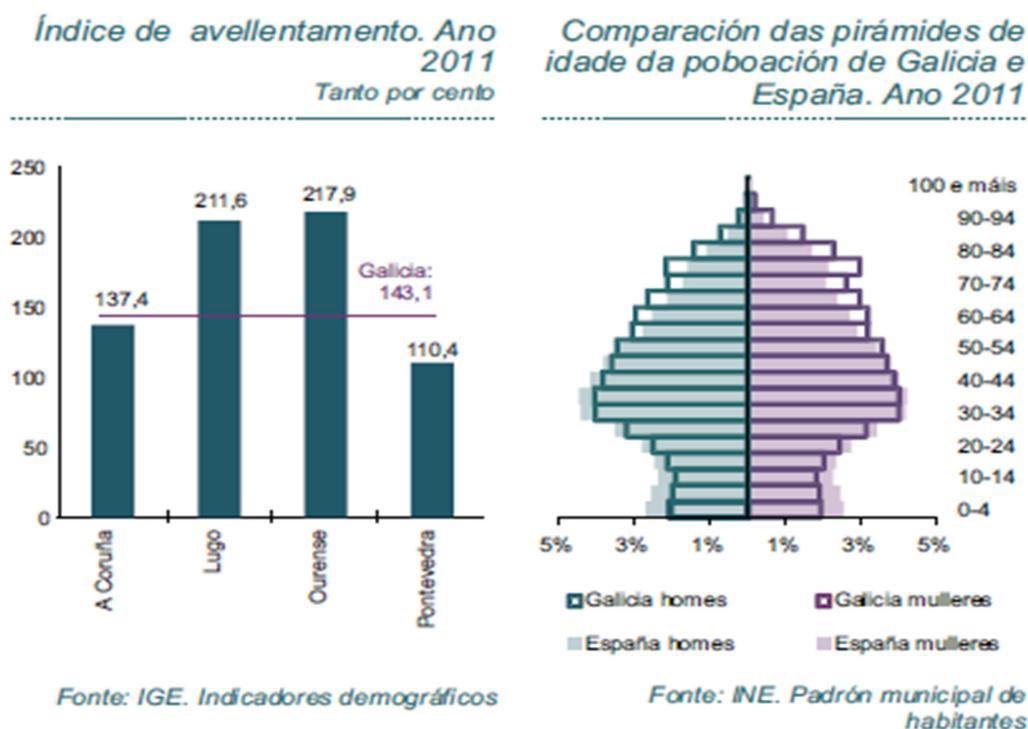


Figura 13. Índices de envejecimiento en Galicia en 2011 y comparación de las pirámides de edad de Galicia y España 2011. INE, IGE.

Por lo tanto, la estructura y las tendencias demográficas actuales conducen a Galicia a un escenario de reducidas tasas de crecimiento poblacional futuro, incluso a una disminución del número total de habitantes, y a un incremento del peso del segmento de mayor edad. De hecho, todas las estimaciones disponibles ofrecidas desde distintos organismos confirman que Galicia perderá población en los próximos años, lo que previsiblemente agudizará el cambio en la estructura de edades.(9) (Figura 14 y 15)

Proxeccións da poboación a curto prazo

	2012	2021	Crecemento 2012-2021 (%)
A Coruña	1.123.527	1.098.192	-2,3%
Lugo	337.041	314.295	-6,7%
Ourense	321.609	301.294	-6,3%
Pontevedra	947.130	933.969	-1,4%
Galicia	2.729.307	2.647.749	-3,0%
España	46.118.733	45.585.574	-1,2%

Fonte: INE. Proyecciones de población a corto plazo. 2011-2021

Figura 14. Proyecciones de población a corto plazo. INE

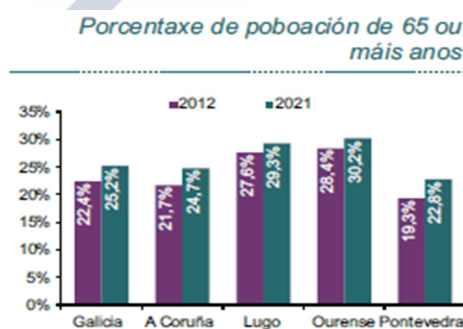
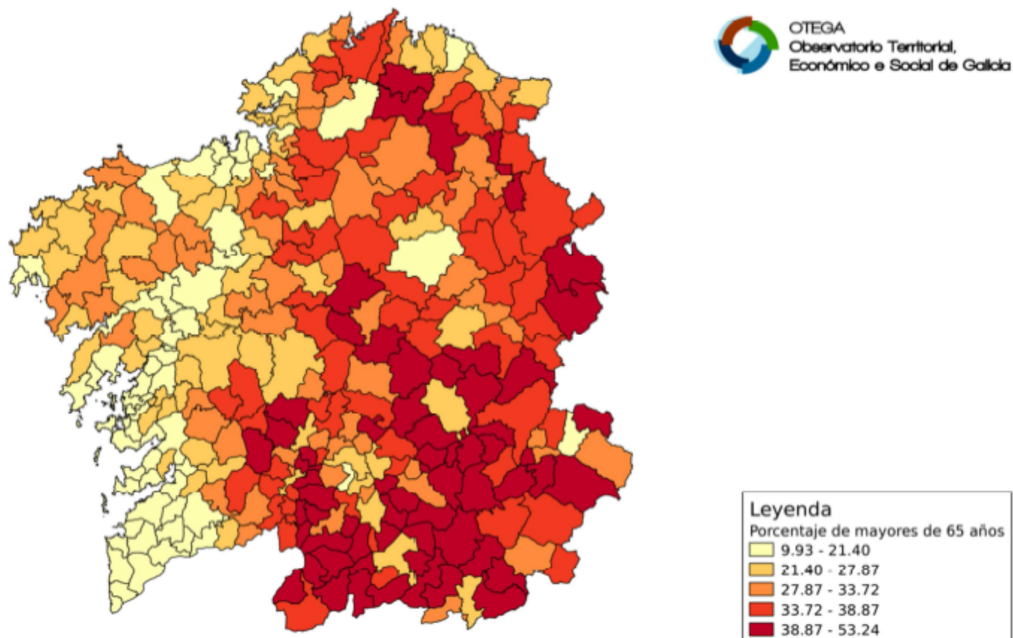


Figura 15. Porcentaje de población de más de 65 años por provincias. IGE

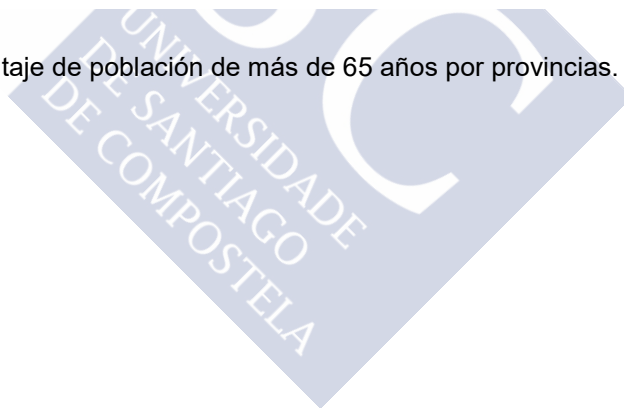
A escala municipal, las diferencias territoriales en el proceso de envejecimiento se explican principalmente por el desigual desarrollo socioeconómico de las últimas décadas. El mapa de envejecimiento está estrechamente ligado al fenómeno demográfico más relevante de la segunda mitad del siglo XX: el éxodo rural. Galicia cuenta con municipios en el eje atlántico donde la población mayor no supera el 15% del total (valores inferiores a la media del conjunto de España), mientras que en municipios del Sur de la provincia de Lugo y en la mayoría de los municipios de la provincia de Ourense la población en edad avanzada supera el 40% del total. Esta situación no es nueva, y ha empeorado en los últimos años pese a los esfuerzos europeos, nacionales y autonómicos por reducir las diferencias y favorecer la cohesión social y territorial. Pero además, las proyecciones existentes estiman que las diferencias seguirán aumentando.(9) (Figura 16)

Porcentaje mayores de 65 años



Fuente: Observatorio Territorial Económico y Social de Galicia (OTEGA). CIEF-Fundación NovaCaixaGalicia e IDEGA-USC.

Figura 16. Porcentaje de población de más de 65 años por provincias. OTEGA



2.1.2 Previsión futura de los cambios demográficos

De acuerdo con el INE, las proyecciones de población en España para el año 2050 muestran como la proporción de población de más de 65 años se habrá casi duplicado, pasando de un 14,6% en 2001 a 28,4% en 2050. (Figura 17).

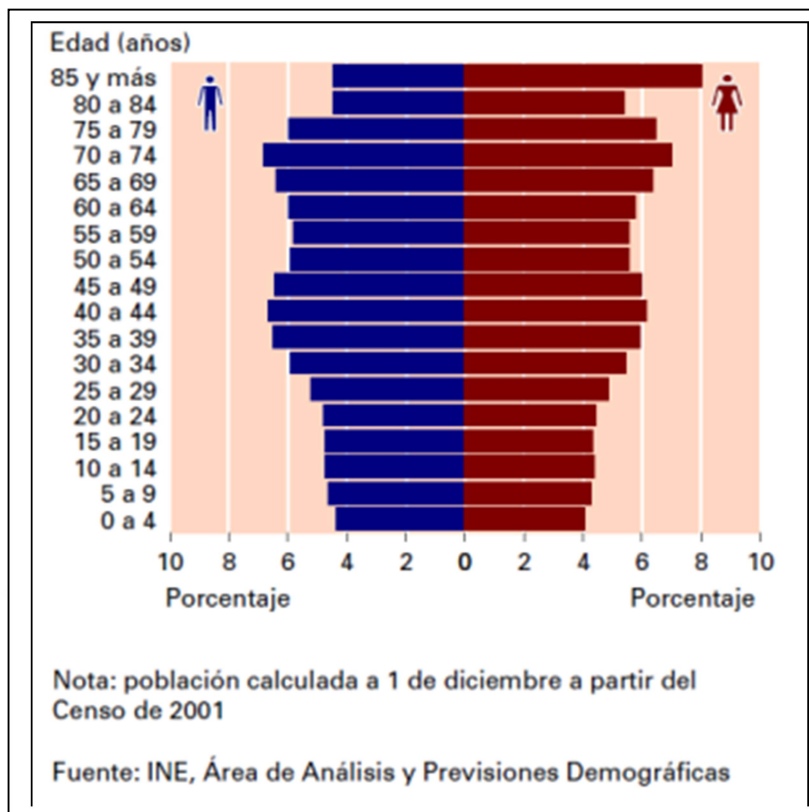


Figura 17. Proyección de la población española para 2050. INE

Este incremento de volumen de población de personas mayores de 65 años no provocará necesariamente que la pirámide de población presente una propensión a invertir su tradicional forma, sino más bien a que el perfil de la pirámide se torne rectangular, debido a la aportación numérica de los inmigrantes en los grupos de edad más jóvenes. Otra de las tendencias del proceso de envejecimiento que se puede observar en la Figura 17, es el incremento de la población más anciana, es decir, la de más de 85 años. En el año 2001, el 10% de la población mayor de 65 años superaba los 85 años y en el año 2050, según las proyecciones de población realizadas por el INE, esta cifra alcanzará el 21%. Las tendencias demográficas muestran, por tanto, que en un futuro a medio plazo se producirá lo que ha denominado *envejecimiento del envejecimiento* o

envejecimiento de la población mayor. Por consiguiente, parece que el siglo XXI será el del crecimiento espectacular de la población mayor. (13)

A nivel de Galicia, a largo plazo, las proyecciones poblacionales son especialmente negativas, ya que de acuerdo con los datos existentes en la actualidad, es previsible que en 2051 la población en Galicia pueda situarse en torno a los 1.734.000 habitantes. A continuación podemos observar en la Figura 27 de manera gráfica la evolución de la población en Galicia y su proyección a 2051. Figura 18 (55)

Previsión da evolución da poboación en Galicia.

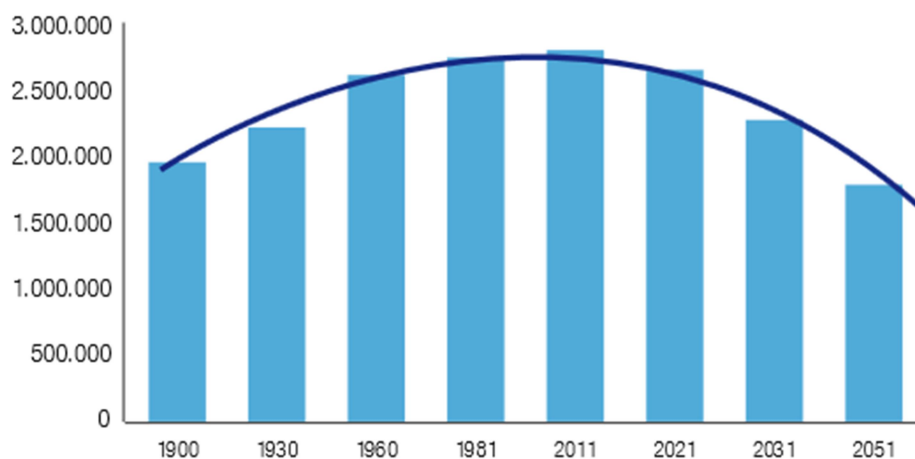
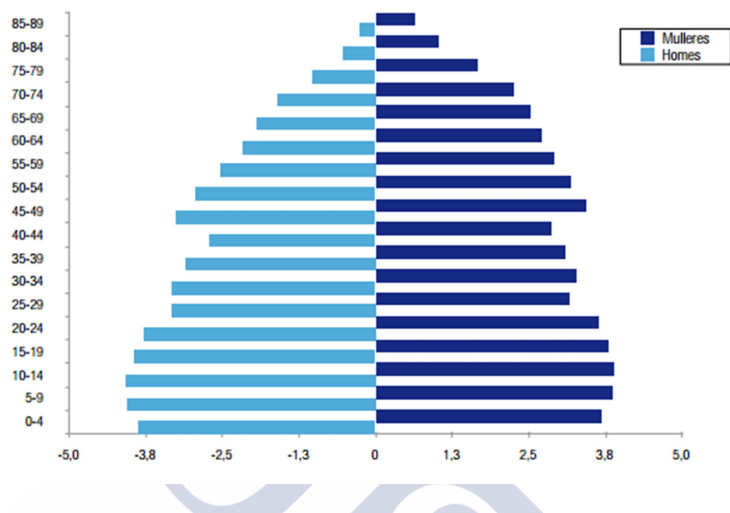


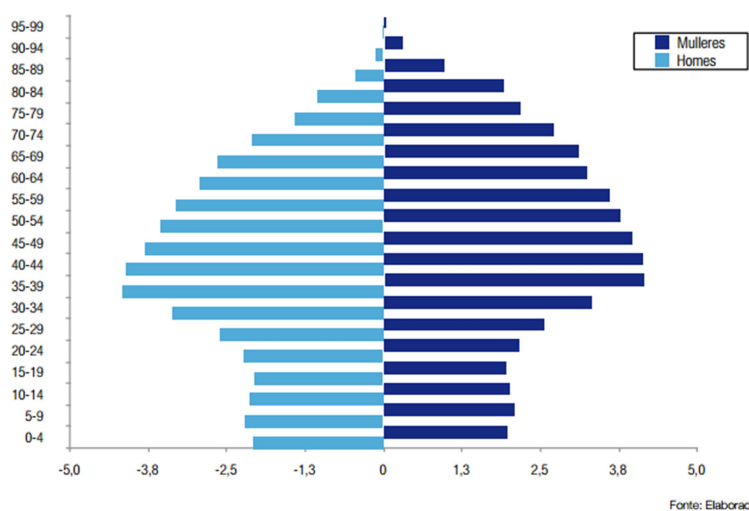
Figura 18. Previsión de la evolución de la población en Galicia. IGE

En términos gráficos la evolución de la pirámide de población gallega de 1981 a 2021 se prevé que sea la siguiente:

1981



2031



Fonte: Elaboración propia a partir de datos do IGE e INE.

Fonte: Elaboración propia a partir de datos do IGE e INE.

Figura 19. Evolución de la población en Galicia desde 1981 a 2021. IGE

La combinación de tasas de fecundidad bajas con una mortalidad en descenso, ha provocado un envejecimiento general de las sociedades. Así, a lo largo de las últimas décadas el declive de la mortalidad en las sociedades desarrolladas se está concentrando en los grupos de edad superiores, lo que ha

provocado un creciente peso de la población anciana y la llegada a edades más avanzadas de personas en mejores condiciones de salud.(62)

Las importantes ganancias en esperanza de vida logradas en los últimos años, junto con tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, han originado un crecimiento de la cantidad de personas mayores. Si en las próximas décadas las tendencias de la fecundidad y de la mortalidad se mantienen, el crecimiento de la proporción de población anciana seguirá un perfil ascendente, al incorporarse a este grupo de poblacional cohortes generacionales más numerosas. De este modo, en el año 2001 la proporción de personas de 65 y más años representaba un 17% y según las proyecciones de población realizada por el INE en el año 2025 supondrán el 21.2%del total y un 28.4% en el 2050.

La reestructuración económica, política y social necesaria para poder enfrentar de forma adecuada los cambios demográficos que se están produciendo en las sociedades desarrolladas, requiere una reflexión más pormenorizada de las causas que han propiciado el envejecimiento de la población.

Todos estos cambios demográficos suscitan la incógnita de dónde se sitúan los límites de la longevidad humana y el estado de salud que resulta de su ampliación. Los continuos avances médicos y farmacéuticos hacen poco predecible una edad límite de vida. La discusión si los años ganados a la muerte se viven en buenas o malas condiciones de salud continuará. La emergencia de una cuarta edad, etapa de declive, planteará el dilema sobre la calidad de vida, por los aspectos negativos de esta etapa final. Esa cuarta edad no es una mera continuación de la anterior, porque prevalece la fragilidad, las limitaciones funcionales y cognitivas y otras características asociadas a la pérdida de identidad, de sentido de control y de autonomía personal, que algunos llaman de muerte psicológica. (7)

2.2 Discapacidad, dependencia y marco legal

La discapacidad es otra de las cuestiones que afecta a buena parte de las personas mayores. Las discapacidades aumentan con la edad, haciendo que los que las sufren dependan de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria, como son las tareas del hogar, los desplazamientos dentro y/o fuera del lugar de residencia y el cuidado personal, entre otras cuestiones cotidianas.

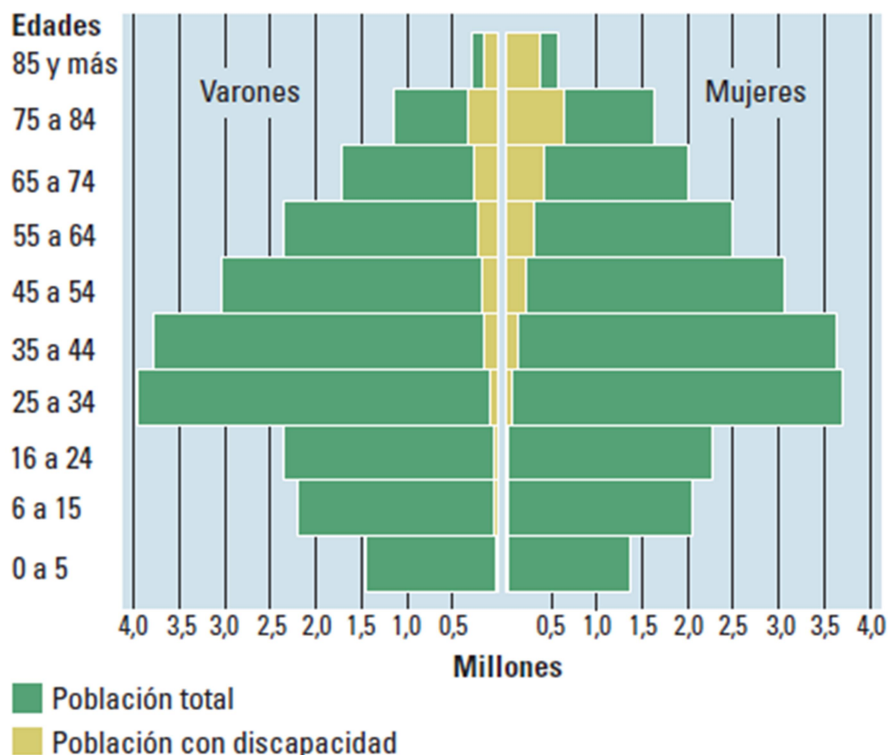
Los cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en España han traído consigo profundas transformaciones en la pirámide poblacional, entre ellas un proceso de envejecimiento notable. Uno de los posibles efectos es el aumento de las personas con discapacidad, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno. (68)

Además, el aumento de la longevidad ha coincidido con importantes cambios sociales que han llevado a que instituciones sociales y políticas, deban ajustar sus objetivos a la nueva realidad, que demanda más protección social y un apoyo a las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Para atender a las necesidades del colectivo de personas con discapacidad se hace indispensable conocer sus circunstancias: cuántos son, qué limitaciones tienen y con qué severidad, si disponen de ayudas y cuidados, etc. Además, es importante comprender la realidad social y la calidad de vida de estas personas, el apoyo familiar, la discriminación o las barreras a las que se enfrentan. (68)

Según el INE, en el 2008 hay 3,85 millones de personas residentes en hogares que afirman tener discapacidad o limitación. Esto supone una tasa de 85,5 por mil habitantes (Figura 20)

Pirámides de población



Fuente estadística utilizada: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008), procedente del INE

Figura 20. Relación de población en España con discapacidad. Tomado: de Cifras INE, Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística (10/2009).

El 67,2% de estas personas presentan limitaciones para moverse o trasladar objetos, el 55,3% tienen problemas relacionados con las tareas domésticas y el 48,4% con las tareas del cuidado e higiene personal.

La deficiencia más frecuente es la osteoarticular, el 42,0% de las personas tiene discapacidad. En relación al género, el 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres. Las tasas de discapacidad, por edades son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años y a partir de los 45 se invierte la situación, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad. (1) Figura 21.

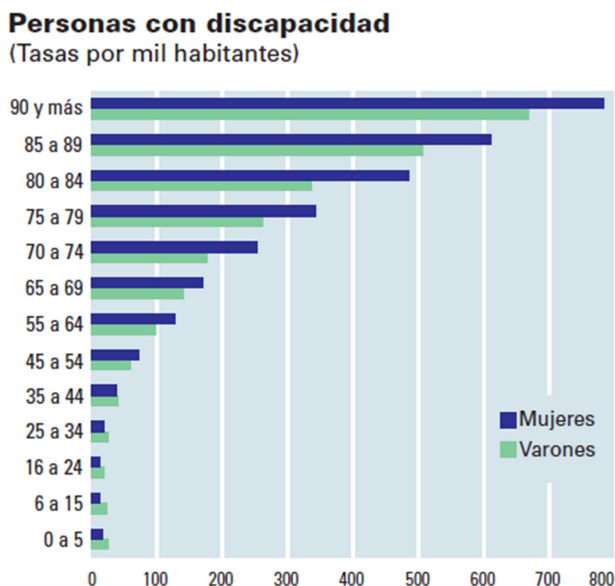


Figura 21. Relación de población en España con discapacidad según edad y sexo. Tomado de: Cifras INE, Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística (10/2009).

En España, existe una diferente distribución de la tasa de dependencia (o discapacidad), siendo muy alta en las regiones occidentales, concretamente en Galicia (112,9 por mil habitantes), seguida de Extremadura (109,9). En el otro extremo tenemos a La Rioja, que presenta la tasa más baja junto con Cantabria (61,6 y 70,0 por mil habitantes respectivamente). (1)(Figura 22)



Figura 22. Distribución de tasas de dependencia en España 2009. Tomado de: Cifras INE, Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística (10/2009).

De los diferentes tipos de discapacidades, son de gran relevancia para nuestro estudio, los que afectan a las actividades básicas que se realizan en la vida diaria, ya que están relacionados con la dependencia. El número de estas personas alcanza los 2,8 millones y supone el 6,7% de la población. (1)

A este importante número de personas ancianas que poseen algún tipo de discapacidad hay que añadir que la probabilidad de padecer alguna enfermedad aumenta con la edad, y que, independientemente de la edad, es superior en las mujeres que en los varones. Si bien las mujeres se ven afectadas en mayor medida por las discapacidades, debido a la mayor esperanza de vida de éstas con respecto a sus coetáneos varones; si tenemos en cuenta la esperanza de vida libre de discapacidad, las diferencias entre varones y mujeres se reducen. (13)

A pesar de que el riesgo de padecer alguna discapacidad aumenta con la edad, el envejecimiento no está relacionado directamente con el aumento de las personas discapacitadas; ya que el aumento de la esperanza de vida lograda en las últimas décadas ha ido vinculada a mejoras en el estado general de salud y bienestar de la población. Pese a la mejoría en la calidad de vida y salud de los mayores, no se puede obviar que la vejez conlleva ciertas limitaciones físicas que, no obstante, serían más fáciles de solventar con una adecuada planificación, generando provisión de servicios y el establecimiento de sistemas de atención a las personas mayores. (13)

Envejecer bien y lograrlo con éxito, es un tema que se aborda desde la psicología y desde la sociología dado que tienen que ver tanto con las características personales como con las circunstancias sociales en que se desenvuelven las personas.

El concepto de envejecer bien comienza a adquirir gran importancia una vez que se han erradicado los estereotipos negativos con los que se abordaron los primeros estudios de Gerontología y que un nuevo optimismo se extiende en ese campo que se hace percibir a las personas ancianas portadoras de un potencial y capacidades no suficientemente aprovechadas. (1)

La vejez, como otras etapas de la vida, es (además de una cuestión biológica y psicológica) una construcción social. Cada vez se considera, de manera más frecuente, un envejecimiento satisfactorio.

En la actualidad, se entiende que los criterios para analizar el envejecimiento positivo deben ser múltiples y se señalan los siguientes: una vida larga, salud física y mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción vital(7)

Es importante, por tanto, estimular la independencia de las personas mayores dado que las condiciones favorables del entorno y la salud les permiten mantener su potencial para funcionar adecuadamente en su vida personal y social. Además, se ha observado que unos servicios sociales adecuados para mantener a las personas ancianas discapacitadas en su entorno son otras estrategias que permitirían la integración entre las personas y la sociedad. (13)

Se entiende que cualquier proceso de desarrollo no es sólo un proceso en la capacidad adaptativa sino que también implica al mismo tiempo cierto grado de pérdida.

La existencia de estereotipos negativos acerca de la vejez, conduce a esperar de las personas ancianas que tengan peor imagen de sí mismas y menor autoestima que las jóvenes, pero los estudios gerodontológicos demuestran todo lo contrario y en su mayoría no se perciben como enfermas, ni aislados, ni deprimidas... no se trata pues de definir una característica personas, se refiere a la idea del ser humano como unidad biológica y psicológica dentro de un entorno determinado.

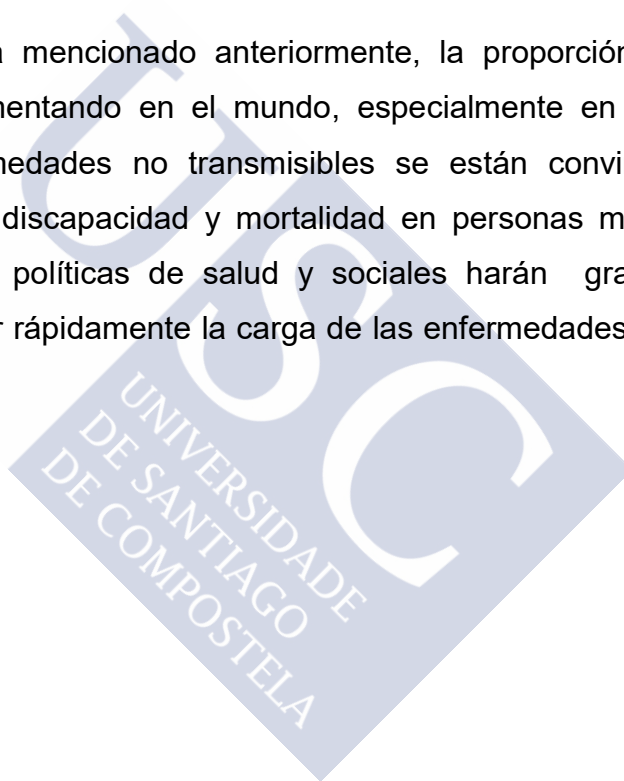
Envejecer satisfactoriamente tiene que ver con la capacidad de adaptación para responder a los cambios que surgen tanto del cuerpo, de la mente como del entorno. Es por tanto fundamental proporcionar a las personas mayores los instrumentos apropiados para hacer frente a las tareas y problemas mal estructurados que se plantean con la vejez.

El buen estado general de las personas jubiladas en la actualidad y las presiones económicas en la mayor parte de las sociedades, lleva a pensar en las personas jubiladas como grupos que pueden seguir contribuyendo al bienestar de la sociedad mediante su participación activa en los grupos de voluntariado y otras

asociaciones. Envejecer bien, hacerlo satisfactoriamente y mantener una buena calidad de vida en la vejez tiene que ver con dos factores fundamentales, que son un nivel de salud funcional y de ingresos adecuados. Otras dos dimensiones de la calidad de vida son importantes, como la calidad de las relaciones sociales y cierto nivel de actividad. La reducción de los ingresos o la inaccesibilidad de transporte son otros factores que producen cambios en los tipos de actividad y niveles de participación. (12)

Se observa que las personas ancianas que cuentan con la familia y/o amistades tienden a participar más en actividades que las personas solitarias, lo que implica necesariamente que éstas últimas se sientan más insatisfechas. (26)

Como ya se ha mencionado anteriormente, la proporción de personas mayores continúa aumentando en el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Las enfermedades no transmisibles se están convirtiendo en las principales causas de discapacidad y mortalidad en personas mayores; en las próximas décadas las políticas de salud y sociales harán grandes cambios planteados por cambiar rápidamente la carga de las enfermedades crónicas en la edad avanzada.



El marco normativo para la promoción de la accesibilidad en España

Si nos centramos en el marco normativo para la promoción de la accesibilidad en España, en el contexto actual se puede considerar que hay cuatro ordenamientos jurídicos que concurren en definir un marco jurídico global: el internacional, el comunitario (o de la Unión Europea), el estatal y el de cada Comunidad Autónoma. (53)

Los cuatro niveles constituyen un todo inseparable para la realización de objetivos comunes, como la promoción de accesibilidad.

A escala internacional, en materia de discapacidad este marco se consagra desde la promulgación de las *“Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad”* (1993) que se promulgan con el objetivo de dotar a las personas con discapacidad de los mismos derechos y obligaciones que los demás. (53)

La Unión Europea (UE) define su estrategia en materia de discapacidad por medio de la *“Comunicación de la Comisión sobre la Igualdad de Oportunidades de la personas con Minusvalías”* (1996) adoptando los principios establecidos en las Normas Uniformes citadas. A partir de esta fecha, el **principio de igualdad de oportunidades** pasa a ser el fundamento del planteamiento basado en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, y las medidas destinadas a superar las limitaciones funcionales empiezan a ser sustituidas por otras orientadas hacia la igualdad efectiva de derechos, partiendo de la premisa de que *“las barreras presentes en el entorno obstaculizan la participación social en mayor medida que las limitaciones funcionales”*. En consecuencia, constituyen factores indispensables para alcanzar la igualdad de oportunidades:

- 1) La adopción de disposiciones legislativas tendentes a la eliminación de barreras
- 2) La puesta a disposición de instalaciones adaptadas
- 3) El “Diseño para todos”

Aunque el ámbito de competencia comunitario ofrece valiosos medios y aporta un valor añadido, la responsabilidad para actuar en el ámbito de la accesibilidad para tratar de alcanzar el objetivo de igualdad de oportunidades incumbe a los estados. (53)

En España, aunque con anterioridad se hayan desarrollado órdenes y decretos que contienen criterios sobre accesibilidad (tales como las destinadas a las viviendas para minusválidos, elevadores,...) en 1982 la promulgación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) significó la primera definición del amparo especial que la Constitución Española reconoce a las personas con discapacidad. Esta ley está basada en el desarrollo de medidas de acción positiva y compensatorias destinadas a la protección de la persona más que a su cualificación y participación activa en la sociedad. (53)

Con dicha ley se pretende garantizar el derecho de igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad y poner fin a cualquier práctica o acción discriminatoria a través de la combinación de tres estrategias: dos operan sobre las condiciones ambientales y una sobre las condiciones personales. Para conseguir los objetivos establecidos se asume el compromiso de desarrollar la normativa básica de equiparación y se definen unas medidas de fomento y de defensa para las personas que sufran algún tipo de discriminación por razón de discapacidad. (53)

En materia de accesibilidad, las comunidades autónomas tienen competencia exclusiva, y han optado en su mayoría por la elaboración de leyes que contienen principios generales, objetivos y definiciones, relegando a rango reglamentario disposiciones en forma de normas técnicas que determinan cómo debe entenderse la accesibilidad en los diferentes espacios. La normativa para las comunidades autónomas es la siguiente:

- **Andalucía:**
 - Decreto 72/1992, de 5 de mayo (BOJA DE 23 de mayo de 1992), por el que se aprueban las normas técnicas para la accesibilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas, urbanísticas y en el transporte.
- **Aragón:**
 - Decreto 89/1991, de 16 de abril, para la supresión de barreras arquitectónicas (BOA de 29 de mayo de 1991).
 - Ley 3/1997, de 7 de abril, de Promoción de la Accesibilidad y supresión de Barreras Arquitectónicas, Urbanísticas, de Transporte y de la Comunicación.
- **Principado de Asturias:**
 - Ley 5/1995, de 6 de abril (BOPA de 19 de abril de 1995), por la que se regula la promoción de la accesibilidad y la supresión de barreras.
- **Islas Baleares:**
 - Ley 3/1993, de 4 de mayo (BOCAIB de 20 de mayo de 1993), por la que se regula la mejora de la accesibilidad y la supresión de las barreras arquitectónicas.
 - Decreto 96/1994, por el que se aprueba el Reglamento para la mejora de la accesibilidad y la supresión de barreras.
- **Islas Canarias:**
 - Ley 8/1995, de 6 de abril (BOCA de 24 de abril de 1995), por la que se regula la accesibilidad y la supresión de barreras físicas y de la comunicación.
- **Cantabria:**
 - Decreto 61/1990, de 6 de julio (BOC de 29 de noviembre de 1990), sobre prevención y eliminación de barreras arquitectónicas urbanísticas en Cantabria.

Posteriormente se ha elevado el rango legal del tratamiento dado a este tema, mediante la Ley 3/1996, de 24 de septiembre, sobre accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas y de la comunicación

- **Castilla-La Mancha:**
 - Ley 1/1994, de 24 de mayo, de accesibilidad y eliminación de barreras en Castilla-La Mancha (DOCM de 24 de junio de 1994), mediante la cual se amplían las previsiones contenidas en el anterior Decreto 71/1985, de 9 de julio (DOCM de 16 de julio de 1985), sobre eliminación de barreras arquitectónicas, tanto en vías y espacios libres de dominio y uso público, como en edificación de viviendas y en instalaciones, servicios y locales de uso público.
- **Cataluña:**
 - Decreto 100/1984, de 10 de abril (DOGC de 18 de abril de 1984), sobre supresión de barreras en el campo urbanístico, en el de la edificación y en el de los transportes.
 - Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas, y de aprobación del Código de Accesibilidad (DOGC de 4 de diciembre de 1991)
 - Ley 10/1993, de perros guía.
 - Decreto 135/1995, del Código de Accesibilidad.
- **Comunidad Valenciana:**
 - Decreto 193/1988, de 12 de diciembre (DOGV de 2 de febrero de 1989), sobre medidas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.
 - Decreto 85/1989, por el que se aprueban las normas de habitabilidad y diseño de viviendas.
 - Orden de 22 de abril de 1991 de la Consellería de Obras Públicas, Urbanismo y Transporte, por la que se aprueba la modificación y el texto refundido que desarrolla las normas de habitabilidad de diseño de viviendas en el ámbito de la comunidad.
- **Galicia:**
 - Decreto 286/1992, de 8 de octubre de 1992, de accesibilidad y eliminación de barreras (DOG de 21 de octubre de 1992).
 - Ley 8/1997, de 20 de agosto, de accesibilidad y supresión de barreras en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Decreto 35/2000, de 28 de enero, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo y ejecución de la Ley de accesibilidad y supresión de barreras en la Comunidad Autónoma de Galicia
- **Madrid:**
 - Ley 8/1993, de 22 de junio (BOCM de 29 de junio de 1993), de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.
- **Región de Murcia:**
 - Decreto 39/1987, de 4 de junio (BORM de 14 de agosto de 1987), sobre supresión de barreras arquitectónicas.
 - Ley 5/1995 de condiciones de habitabilidad en edificios de viviendas y de promoción de la accesibilidad en general.
- **Navarra:**
 - Ley foral 4/1988, de 11 de julio (BON de 15 de julio de 1988), por la que se establecen las disposiciones necesarias para facilitar a las personas afectadas por cualquier tipo de minusvalía, la accesibilidad y utilización de los bienes y servicios de la sociedad, evitar la aparición de barreras u obstáculos que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento, y promover la supresión de las existentes.
 - Decreto Foral 57/1990, por el que se aprueba el Reglamento para la eliminación de barreras físicas y sensoriales en el transporte.
- **País Vasco:**
 - Fue pionero en la materia mediante la aprobación del Decreto 59/1981, de 23 de marzo (BOPV de 21 de mayo de 1981), sobre supresión de barreras urbanísticas, complementado posteriormente por el decreto 291/1983, de 19 de diciembre (BOPV de 19 de enero de 1984), que regula las normas sobre supresión de barreras arquitectónicas en la edificación.
 - Ley de Promoción de la Accesibilidad, aprobada en julio de 1997. Consagra el principio de la "discriminación positiva" para personas con deficiencias físicas o psíquicas, Según ella, mantener barreras urbanísticas y arquitectónicas, o limitar de alguna forma la movilidad de las personas con discapacidad, puede ser multado con cantidades que oscilan entre las 50.000 peseta sy los 20 millones de pesetas. El texto detalla la obligación de reservar espacios para el uso de personas con discapacidad en calles y edificios de uso público, alojamientos turísticos, viviendas, transporte y medios y sistemas de comunicación.

- **La Rioja:**
 - Ley 5/1994, de 19 de julio, de supresión de barreras arquitectónicas y promoción de la accesibilidad (BOLR de 23 de julio de 1994).
- A la vista de toda la normativa hasta aquí reseñada, hay que subrayar, en primer lugar, que existen dos comunidades Autónomas (Castilla y León y Extremadura) que aún no se han dotado de un texto normativo propio de carácter general en materia de accesibilidad. Entre el resto, en varias, como el Principado de Asturias, Islas Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha y Madrid, se excedió el plazo de 10 años establecido como máximo para ello por la disposición final séptima de la LISMI.



2.3 Envejecimiento

Los cambios que constituyen e influyen en el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. (57)

Estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y sólo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona. (106)

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. (106)

2.3.1 Envejecimiento oral

2.3.1.1 Características generales del envejecimiento

En condiciones de ausencia de enfermedad, la cavidad oral presenta un envejecimiento muy lento que, a efectos prácticos, tendremos que dividir según las diferentes estructuras que lo componen. Por eso explicaremos el concepto y teorías del envejecimiento, los cambios de la mucosa oral, su envejecimiento celular, del tejido epitelial y tejido conjuntivo subyacente; del tejido conjuntivo óseo que forma los maxilares; los cambios que con el paso del tiempo van sufriendo los nervios craneales que se relacionan con la cavidad oral; y por último hablaremos del envejecimiento de los órganos especiales de la cavidad oral, es decir, la lengua, las glándulas salivares y los dientes. (107)

Existen numerosas definiciones del envejecimiento, incluso algunas poéticas como que “el envejecimiento es la pérdida de curiosidad”; sin embargo, la definición científica más exacta es: “un proceso paulatino y gradual de deterioro de la capacidad funcional del organismo, posterior a la madurez, y que a la larga conduce a la muerte del mismo”. Por tanto, el envejecimiento no es una enfermedad y, aunque con frecuencia se asocia a enfermedades crónicas, es muy raro que en un certificado de defunción aparezca “vejez” como causa de un deceso. Lo que es cierto es que en la vejez la calidad de vida disminuye debido a tres factores: el primero es la “inmunosenescencia”, que es la falta de resistencia a infecciones; el segundo es la pérdida de capacidad regenerativa, lo que origina una pobre respuesta a la reparación y curación; y el tercero es la disminución de la capacidad de recuperar parámetros fisiológicos cuando se han alterado, lo que recibe el nombre de “resiliencia homeostática”. (107)

El envejecimiento afecta a todas las especies, aunque, cada especie tiene una vida máxima diferente de las otras. Esto nos hace pensar que el envejecimiento está modulado por factores genéticos y moleculares de las células que constituyen cada especie. Sin embargo, dentro de la misma especie los estilos de vida pueden hacer variar la edad media. Por ejemplo, en la especie humana, la vida media ha aumentado en 2,5 años por década desde 1840 hasta la actualidad (87) y sociedades como la de Japón e Islandia, que cuidan extraordinariamente sus estilos de vida, han conseguido vida media de 85,5 años para las mujeres japonesas y 80,2 años para los varones islandeses. Otro ejemplo de cómo la vejez puede estar influida por factores externos es la relación entre la comida basura y la edad. Hoy sabemos que el colesterol es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, sin embargo, en los jóvenes que consumen comida basura sus efectos se notarán a medida que pasen los años, cuando disminuya su resiliencia homeostática ya mencionada. En definitiva, podemos retrasar el envejecimiento de las especies actuando sobre sus factores modificadores, pero es imposible evitarlo, ya que está probado que si consiguiéramos eliminar las enfermedades crónicas más frecuentes de nuestra especie sólo aumentaríamos la vida media de la población de 3 a cinco años. (89)

Podemos afirmar que el único modelo no genético de aumentar la longevidad en las especies es la restricción calórica. (71)

La rata es un animal utilizado en numerosos experimentos sobre el envejecimiento, ya que representa un metabolismo muy alto y nos permite conocer su proceso de envejecimiento en un corto período de tiempo. De hecho, se ha demostrado que ratas mantenidas con dieta de restricción calórica viven mucho más que aquellas que disponen de comida “ad libitum” (48). En la actualidad las investigaciones utilizan fármacos que imitan el efecto de la restricción calórica como por ejemplo un activador de las sirtuinas denominado resveratrol. Se ha demostrado que el tratamiento de ratones con resveratrol mejor de manera significativa los parámetros fisiológicos y la vida media de ratones alimentados con dieta rica en grasa. (11)

Existen numerosas teorías para explicar el envejecimiento, pero hoy en día las más aceptadas son tres: la primera teoría es la de los radicales libres(47), que determina que el envejecimiento se produce como consecuencia del daño acumulado de los radicales libres que se liberan en el intercambio de los átomos que integran las moléculas que forman las organelas celulares, o dicho de otro modo, los radicales libres se liberan de los átomos y se unen con los elementos nocivos del cuerpo, cuantos más radicales libres existan, mayor es esa unión y el daño de la célula.

La segunda teoría es la del acortamiento de los telómeros. (37)

Los telómeros son las partes terminales de los cromosomas, que tienen la función de mantener su estabilidad. Cuanto más se acortan los telómeros, más inestable es un cromosoma y por lo tanto más vulnerable a mutación. A medida que envejecemos los telómeros se van acortando y facilitan que las células aumenten su “resiliencia homeostática”.

La tercera teoría mantiene que las células madre (definidas como aquellas células troncales que se pueden diferenciar en otras para facilitar la renovación de nuestros tejidos), se van agotando a medida que aumenta la edad, lo que origina una mayor susceptibilidad a las necesidades de regeneración y a la respuesta al estrés. (99)

Todas las teorías del envejecimiento mencionadas explicarían uno de los experimentos más importantes que originaron las líneas de investigación sobre la senectud de las especies. En los años 60 Hayflick cultivó fibroblastos de diferentes mamíferos, observando que dejaban de dividirse primero aquellas células de las especies menos longevas, lo que le llevó a concluir que las especies pueden alargar la vida media, pero no pueden sobrepasar la edad máxima de cada una de ellas porque está determinada genéticamente. (49)

2.3.1.2 Envejecimiento de la estructura esquelética de los maxilares

El esqueleto humano se divide en dos partes: esqueleto axial y esqueleto apendicular. El esqueleto axial es el formado por los huesos de la cabeza el cuello y el tronco, mientras que el esqueleto apendicular está formado por los huesos de las extremidades superiores e inferiores. Todos los huesos del cuerpo humano se clasifican en cuatro tipos: largos, cortos, planos e irregulares. Los huesos de la cabeza humana se dividen en dos partes: los huesos del neurocráneo y los huesos del esplacnocráneo o huesos de la cara, que se encargan de proteger las porciones del sistema respiratorio y digestivo de la cabeza. El neurocráneo está formado por dos huesos planos (parietales) y seis huesos irregulares (1 occipital, 1 esfenoides, 1 etmoides, 1 frontal y dos temporales). El esplacnocráneo o huesos de la cara están formado por catorce huesos, seis pares (maxilares superiores, malares o cigomáticos, palatinos, cornetes inferiores, nasales o huesos propios de la nariz, unguis o lagrimales) y dos impares (vómer y maxilar inferior o madíbula). Excepto los huesos propios de la nariz y el vómer que son planos, el resto de huesos de la cara son huesos irregulares.

Todos los tejidos del organismo se dividen en dos partes: epitelial, conjuntivo, muscular y nervioso. Los huesos de la cabeza, como los del resto del cuerpo, están formados por tejido óseo, que es la forma más característica de tejido conjuntivo. El tejido óseo está formado por células y material extracelular o matriz. Las células del hueso son osteoblastos, osteoclastos y osteocitos. Los osteoblastos son pequeñas células formadoras de hueso que se encuentran en toda la superficie y que sintetizan y secretan osteoide, que es una parte de la sustancia fundamental. Las fibras de colágeno se alinean con el osteoide y sirven

de armazón para el depósito de calcio y fosfato. Los osteocitos son osteoblastos maduros rodeados por una matriz situada en el interior de una laguna. Los osteoclastos se encargan de la erosión del hueso y son células gigantes multinucleadas que contienen numerosas mitocondrias y lisosomas. La matriz extracelular está formada por sales inorgánicas y matriz orgánica. Las sales inorgánicas son hidroxapatita (cristales de calcio y fosfato), finos cristales orientados para resistir el estrés mecánico y otros minerales como sodio y magnesio. La matriz orgánica está compuesta por fibras colágenas y una sustancia fundamental (formada por proteínas y polisacáridos). (107)

Desde el punto de vista estructural, el hueso puede ser compacto o esponjoso (Figura 23). El hueso compacto está formado por unidades estructurales cilíndricas denominadas osteonas o sistema de Havers, que están conectadas entre sí por unos canales transversos denominados conductos de Volkmann. Cada osteona presenta cuatro tipos de estructuras: laminillas, lagunas, canalículos y conducto haversiano. Las laminillas son capas concéntricas y cilíndricas de matriz calcificada; las lagunas son pequeños espacios llenos de matriz que contienen los osteocitos; los canalículos son minúsculos canales que conectan las lagunas entre sí; los conductos haversianos se extienden longitudinalmente a través del centro de cada osteona y contienen vasos sanguíneos y linfáticos. El hueso esponjoso está formado por trabéculas que presentan diminutos canalículos para el intercambio de nutrientes y productos de desecho por difusión. El tejido óseo está vascularizado por la médula ósea, pero en el hueso compacto existen además vasos sanguíneos que penetran desde el periostio y conectan a través de los conductos de Volkmann con los canales de las osteonas (Figura 23).

A medida que envejecemos, la estructura histológica del hueso se va remodelando y fundamentalmente se originan cambios en las células y la sustancia intercelular. Las células formadoras de hueso (osteoblastos) disminuyen su actividad, mientras que las células destructoras de hueso (osteoclastos) aumentan su actividad aumentando la superficie de contacto con el hueso y aumentando el metabolismo celular con una mayor actividad de las organelas celulares. El envejecimiento origina una disminución en el hueso de los elementos químicos (calcio, fosfato, sodio y magnesio) que forman parte de la matriz

orgánica del hueso. Todos esos cambios originan una estructura ósea más débil y una pérdida generalizada de la masa esquelética.

En los maxilares hay que tener en cuenta algunos aspectos del envejecimiento muy particulares. En primer lugar, la estructura esquelética del maxilar superior es diferente a la de la mandíbula, y por tanto su envejecimiento presenta algunas características diferentes. El maxilar superior es un hueso neumático, esponjoso e inmóvil; mientras que el maxilar inferior es un hueso no neumático, compacto y móvil. Estas características son las responsables de que el maxilar superior envejezca más que el inferior. El maxilar superior es neumático porque en su interior presenta una cavidad denominada seno maxilar que comunica a los lados con las fosas nasales. (107)

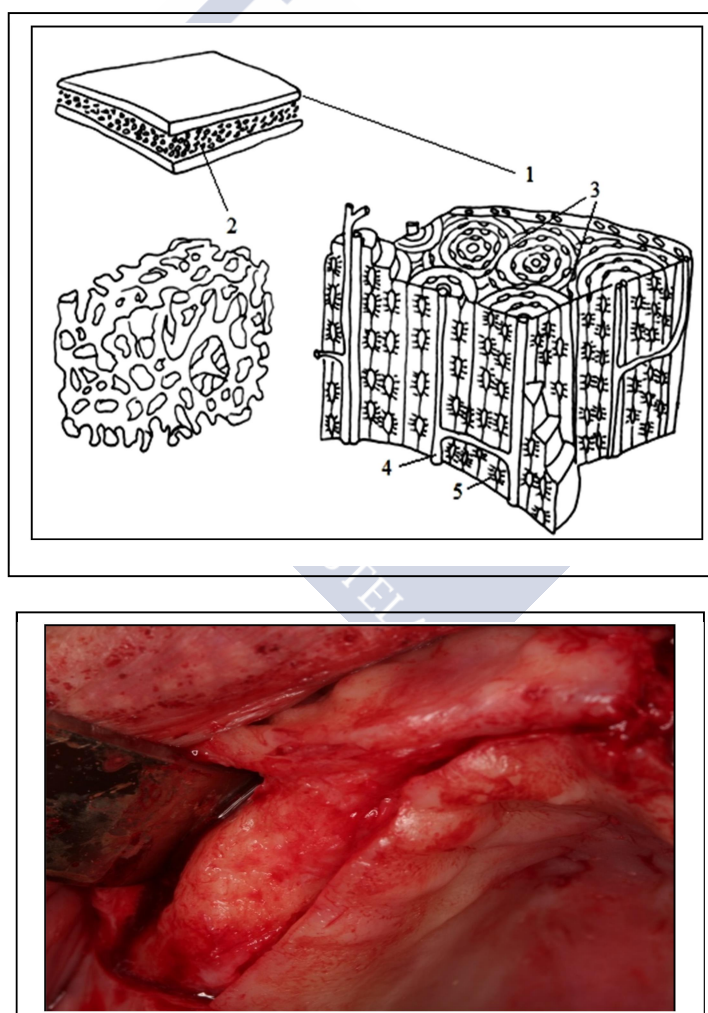


Figura 23. Estructura histológica del hueso: 1) hueso compacto, 2) hueso esponjoso, 3) osteona, 4) conducto de Havers, 5) osteocito con canalículos. En la foto se observa el hueso del maxilar superior debajo de la mucosa. Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

El seno maxilar, aumenta de tamaño a medida que envejecemos, porque la membrana que lo tapiza actúa de periostio que es empujado hacia la periferia por la presión de la cavidad nasal. Este aumento de la neumatización del maxilar hace que a medida que pasan los años la cantidad de hueso del maxilar se va haciendo cada vez menor. Por otro lado, el hueso esponjoso envejece más que el hueso compacto; ya que aumentan los espacios porosos entre las trabéculas óseas. Además, debemos mencionar que el ejercicio físico de los huesos evita la osteoporosis y, por lo tanto. El hueso maxilar superior es inmóvil, mientras que la mandíbula realiza el ejercicio físico durante toda la vida cuando realizamos las funciones básicas de masticación y fonación. Sin embargo, es curioso como en la representación pictórica y fotográfica desde Leonardo da Vinci hasta nuestros días de los rostros envejecidos, siempre aparece una mandíbula atrófica con respecto al resto de la cara. Esto es debido a un proceso diferente del envejecimiento fisiológico. Como todos sabemos, los dos maxilares presentan una porción alveolar dónde están alojados los dientes. En los pacientes que pierden los dientes (edentulismo), las apófisis alveolares se atrofian y originan una pérdida de la dimensión vertical de la cara que es más evidente en el maxilar inferior. Pero la pérdida de dientes es una condición patológica, por lo que en condiciones de salud, conservando todos sus dientes, las personas mayores envejecen mucho más en su maxilar superior que en su mandíbula. Por eso, debemos corregir el error de todos los libros de texto de anatomía que nos presentan los maxilares envejecidos como edéntulos, recordando que el edentulismo es una patología que no tiene por qué asociarse al envejecimiento. (107)

2.3.1.3 Envejecimiento de las articulaciones del sistema estomatognático y de los músculos de la masticación

Los tejidos del cuerpo se dividen en epitelial, conjuntivos, musculares y nerviosos. Dentro del tejido conjuntivo podemos encontrar cuatro tipos: fibroso, óseo, cartílago y sangre. El tejido conjuntivo fibroso se clasifica en laxo, adiposo, reticular y denso. El cartílago se divide en hialino, fibrocartílago y elástico. Los dos tejidos que intervienen en las articulaciones son el tejido fibroso denso que constituyen la cápsula articular y los ligamentos; y el cartílago que tapizan las superficies articulares.

Las articulaciones sinoviales o diartrosis son de libre movimiento y están constituidas por una cápsula articular que es una prolongación en forma de manguito del periostio de cada uno de los huesos, una membrana sinovial que recubre la superficie interna de la cápsula y que segrega líquido sinovial de lubricación, el cartílago articular hialino que recubre las superficies articulares de los huesos, una cavidad articular que consiste en una almohadilla de fibrocartílago que favorece la adaptación de las superficies articulares, unos ligamentos que refuerzan la cápsula articular y que están formados por tejido fibroso denso y unas bolas articulares sinoviales que están presentes en algunas articulaciones y que se encargan de facilitar el movimiento articular.

Las sinartrosis prácticamente no tienen movimiento, las anfiartrosis presentan muy poco movimiento y las diartrosis son las que tienen mayor libertad de movimiento. Las articulaciones fibrosas o sinartrosis pueden ser de tres clases: sindesmosis, suturas y gonfosis. En las sindesmosis los huesos están conectados por bandas fibrosas, en las suturas los huesos se unen entre sí gracias a unas proyecciones dentadas que los unen íntimamente y la gonfosis es la articulación de los dientes con el hueso de los maxilares. Las articulaciones cartilaginosas o anfiartrosis se dividen en sincondrosis y sínfisis. En las sincondrosis las superficies articulares tienen cartílago hialino entre los huesos y en la sínfisis se interpone entre las superficies óseas una almohadilla de fibrocartílago que conecta los huesos. Las articulaciones sinoviales se dividen en uniaxiales, biaxiales y multiaxiales según puedan realizar el movimiento sobre uno, dos o más ejes. Las uniaxiales pueden ser en bisagra o en pivote, las biaxiales pueden ser en silla de montar y condíleas, las multiaxiales pueden ser esféricas y planas.

En la cabeza nos encontramos tres tipos de articulaciones. Por un lado se establecen las articulaciones de los huesos de la cabeza entre sí que son suturas (sinartrosis); en segundo lugar, tenemos las articulaciones de los dientes en las cavidades de las apófisis alveolares de los maxilares, que corresponden al tipo de las gonfosis (sinartrosis); y en tercer lugar tenemos la articulación entre la mandíbula y el temporal o articulación temporomandibular, que es una condílea (diartrosis). (107)

En el proceso de envejecimiento, las articulaciones sin movimiento (sinartrosis) sufren muy pocos cambios, por lo que las articulaciones del maxilar

superior con los huesos vecinos (suturas con el frontal, el etmoides, el maxilar superior del lado opuesto, el malar, el unguis, el nasal, el vómer, el cornete inferior y el palatino) y con los dientes superiores (gonfosis), apenas se modifican con la edad (Figura 24). Sin embargo, en la mandíbula las gonfosis con los dientes inferiores no sufren modificaciones con la edad, pero la articulación temporomandibular presenta cambios estructurales e histológicos muy evidentes que describimos a continuación: es una de las articulaciones más complejas del organismo. Es la única articulación móvil de la cabeza y presenta modificaciones tanto ontogénicas como filogenéticas fruto del resultado adaptativo del organismo a los movimientos de masticación, deglución y fonación. Dicha articulación, es una diartrosis, con tres superficies articulares, una cápsula, dos cavidades sinoviales, cinco ligamentos y siete músculos asociados.

La articulación temporomandibular es muy móvil (diartrosis), pero está limitada en sus movimientos por su unión mediante la sínfisis mandibular con la articulación del lado opuesto, esto hace que a medida que aumenta la edad, el sistema nervioso al intentar ejecutar los movimientos de la articulación presenta dificultad de coordinación con la contralateral originándose movimientos de descarga o bruxistas que aumentan el desgaste dentario. Realizando un símil, es como si la articulación quisiera moverse y no pudiera por la limitación contralateral y se enfadara originando descargas incontroladas del sistema nervioso. Con el paso del tiempo, las tres superficies articulares (mandibular, temporal y el disco interarticular), la cápsula que las rodea y los ligamentos de la articulación, disminuyen su contenido fibroso, tanto de fibras elásticas como colágenas, lo que ocasiona erosión de las superficies articulares y pérdida de capacidad elástica de sus ligamentos. El resultado es doble: por un lado, aumenta el dolor a los movimientos por erosión de las superficies articulares y por otro, aumento de los ruidos articulares al disminuir el grosor del disco intraarticular y desplazarse bruscamente el disco con el cóndilo de la mandíbula. (107)



Figura 24. Maxilar superior en la norma frontal del cráneo donde se observan las suturas con los huesos vecinos y las gonfosis con los dientes en la apófisis alveolar

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

Al proceso de envejecimiento de la articulación debemos añadirle los cambios de las cavidades sinoviales y de los músculos que realizan los movimientos articulares. La articulación temporomandibular presenta dos cavidades sinoviales: una entre el disco y la superficie temporal (disco-temporal) y otra entre el disco y la superficie del cóndilo de la mandíbula (disco-mandibular) (Figura 25). Las dos cavidades están tapizadas por una membrana sinovial que se encarga de producir el líquido sinovial para facilitar el movimiento articular. A medida que aumenta la edad, el líquido sinovial disminuye dificultando los movimientos del disco articular sobre las superficies articulares, lo que hace que la cápsula de la articulación tenga que soportar más tensión y, por tanto, aumente su dolor en los movimientos articulares. A este cambio degenerativo debemos añadir la disminución del número de células musculares y aumento de grasa de los cuatro músculos principales (masetero, temporal, pterigoideo medial y pterigoideo lateral) y los tres músculos accesorios (milohioideo, geniioideo, y digástrico) que intervienen en los movimientos mandibulares. (Figura 25).



Figura 25. Articulación temporomandibular: 1) superficie temporal, 2) superficie condilar, 3) disco articular, 4) sinovial disco temporal, 5) sinovial disco condilar, 6) freno meniscal anterior, 7) freno meniscal posterior, 8) espacio retrovascular.

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

2.3.1.4 Envejecimiento de la expresión facial

Al referirnos a la expresión facial debemos tener en cuenta que por un lado nuestro rostro presenta la piel, y por el otro contiene los músculos de la expresión facial (Figura 26). Todos los músculos de la mímica o de la expresión facial actúan gracias a la inervación del nervio facial y nos permiten realizar los gestos de manera voluntaria o involuntaria. De hecho, la expresión de los músculos se utiliza para conocer si la contracción se acompaña de la voluntad del paciente de forma fingida o si se produce de manera involuntaria con naturalidad. De manera involuntaria podemos asociar la contracción muscular a los gestos de preocupación, pensamiento forzado, alegría, insatisfacción, decisión, satisfacción, sonrisa, acción, autovaloración, tristeza, consistencia e indecisión. (107)

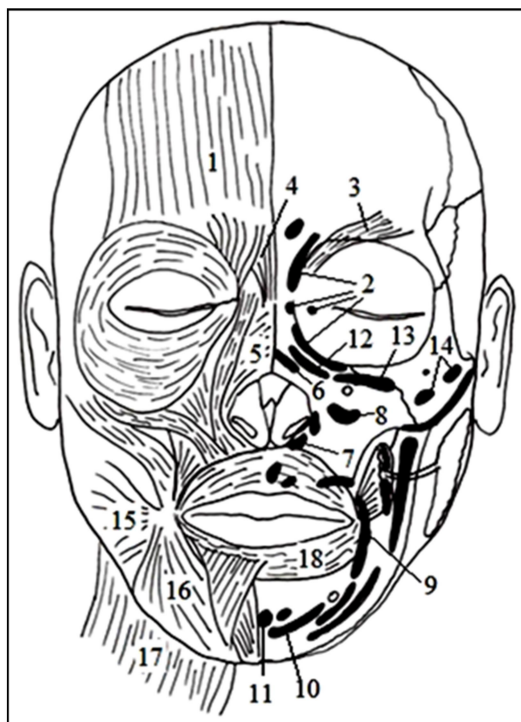


Figura 26. Músculos de la mímica: 1) occipitofrontal, 2) orbicular de los párpados, 3) superciliar, 4) piramidal, 5) transverso de la nariz, 6) dilatador de la nariz, 7) mirtiforme, 8) canino, 9) buccinador, 10) cuadrado de la barba, 11) bola del mentón, 12) elevador común del ala de la nariz y del labio superior, 13) elevador propio del labio superior, 14) cigomáticos mayor y menor, 15) risorio de Santorini, 16) triangular de los labios, 17) cutáneo del cuello, 18) orbicular de los labios.

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

Con la edad se produce una disminución del recambio de las células epidérmicas, una atrofia de las capas de la piel (epidermis, dermis y tejido subcutáneo) y atrofia de las glándulas cutáneas. Todos estos cambios originan una rigidez cutánea y una deshidratación que produce un aumento de las arrugas cutáneas. Como los músculos de la mímica están organizados en grupos según su función, se acentúan las arrugas que separan esos grupos musculares. De esta forma, se acentúan los surcos nasogenianos y nasolabiales. La laxitud y deshidratación de los tejidos cutáneos mantienen surcos (arrugas) originados por gestos frecuentes, por ejemplo es común las arrugas mediales y laterales de la región orbicular (patas de gallo) por el gesto continuado de adaptación de la órbita para enfocar los objetos con la lente interna del ojo (cristalino).

Por último, destacamos la presencia de una formación ovalada de grasa situada por debajo del hueso malar, a los lados de la mejilla, denominada bola adiposa de Bichat; que contribuye a dar soporte a los tejidos cutáneos y su atrofia representa la última reserva de grasa del organismo y que se puede apreciar en gente muy envejecida en la que se puede observar como el hueso malar aparenta sobresalir por atrofia del tejido situado inferiormente (cara chupada). (107)

2.3.1.5 Envejecimiento de la vascularización e inervación del sistema estomatognático

La vascularización de la cabeza está formada por arterias, venas y vasos linfáticos. La vascularización arterial procede del sistema carotídeo y es de especial importancia en odontología el sistema arterial de la arteria maxilar interna, que es la que proporciona la vascularización de los maxilares (Figura 27). Con la edad, disminuye la eficacia de la contracción cardíaca por disminución del número de células miocárdicas, aumento de la resistencia al llenado de los ventrículos y aumento de la rigidez de las arterias. Todos estos cambios originan un descenso del flujo sanguíneo hacia los maxilares.

El envejecimiento de la inervación del sistema estomatognático está modulado por una disminución generalizada de la velocidad de conducción de los nervios y una pérdida de neuronas progresiva a lo largo de toda la vida. Estos cambios son clínicamente más evidentes en las actividades motoras que en las sensitivas. Por este motivo se enlentecen los movimientos faciales que son modulados por un nervio motor (facial) y los movimientos masticatorios que son modulados por un nervio mixto (rama mandibular del trigémino).

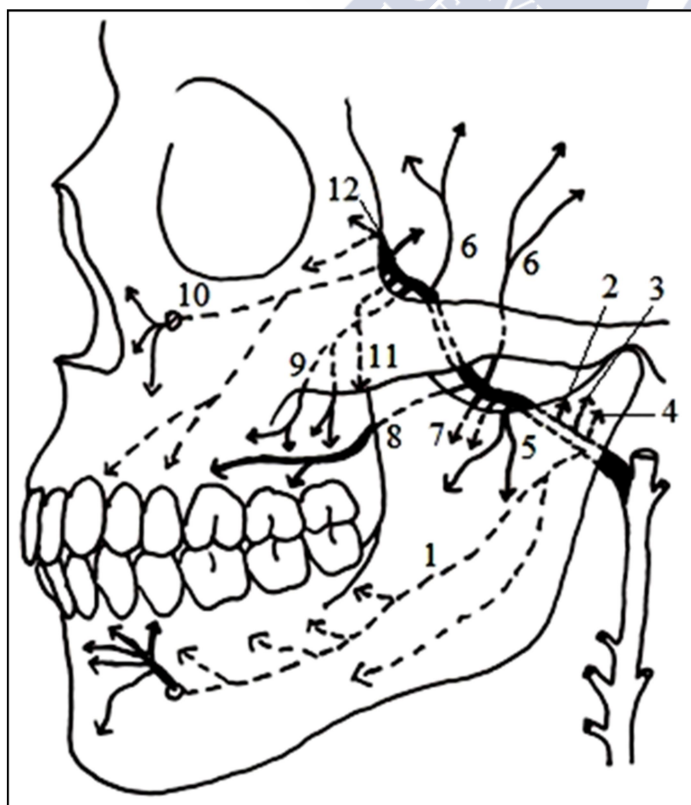


Figura 27. Ramas de la arteria maxilar interna: 1) alveolar inferior, 2) meníngea media, 3) auricular profunda, 4) timpánica anterior, 5) maseterina, 6) temporales profundas, 7) pterigoideas, 8) bucal, 9) alveolar posterosuperior, 10) infraorbitaria, 11) palatina descendente, 12) esfenopalatina.

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

2.3.1.6 Envejecimiento de la mucosa oral y las glándulas salivares

La mucosa bucal está formada histológicamente por varias capas que, de superficie a profundidad son: epitelio escamoso estratificado formado por células unidas por desmosomas; membrana basal que se une al epitelio por hemidesmosomas y al tejido conjuntivo subyacente por fibras de anclaje, lámina propia que está constituida por una zona reticular y otra papilar, y submucosa (Figura 28). El epitelio que cubre la mucosa oral está formado por cuatro tipos de capas celulares que, de superficie a profundidad, son: córneo, por el aspecto aplanado de sus células y picnótico de sus núcleos; granuloso porque sus células presentan abundancia de gránulos de queratohialina; intermedio o espinoso, con células ovals y un poco aplanadas que en su morfología presentan unas proyecciones externas similares a espinas; y estrato basal con células cúbicas que se unen a la membrana basal por medio de hemidesmosomas. Topográficamente la mucosa puede ser de revestimiento, masticatoria y especializada. La mucosa de revestimiento es blanda, flexible, no queratinizada y es la que constituye el suelo de la boca, cara ventral de la lengua, las mejillas, los labios y el paladar blando. La mucosa masticatoria es queratinizada y es la que cubre el paladar duro, las crestas alveolares y las encías. La mucosa especializada es la que recubre el dorso de la lengua.

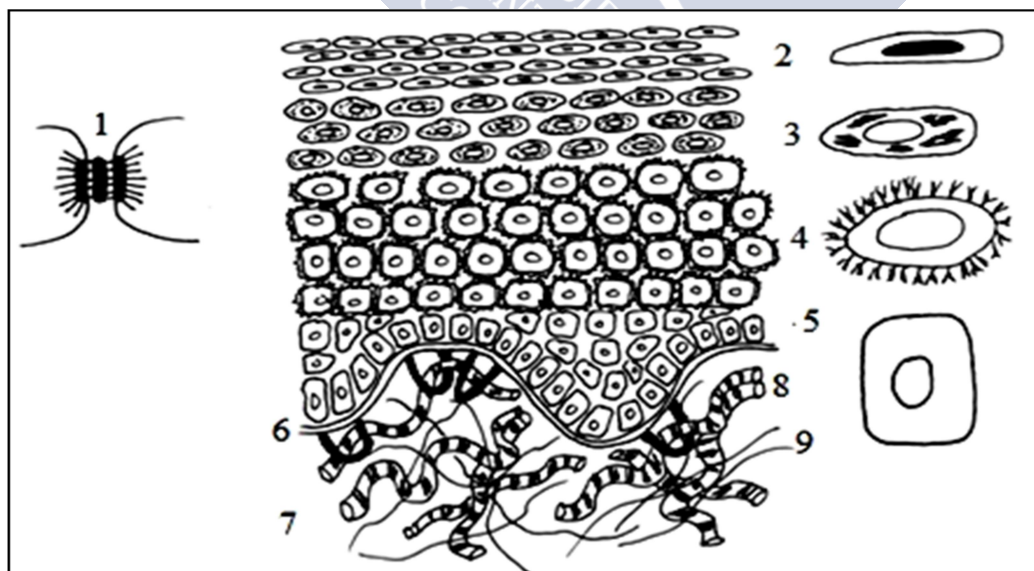


Figura 28. Estructura de la mucosa oral: 1) desmosoma de unión de las células, 2) estrato superficial o córneo, 3) estrato granuloso, 4) estrato espinoso, 5) estrato basal, 6) membrana basal, 7) tejido conectivo, 8) fibras colágenas, 9) fibras elásticas

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

El envejecimiento de la mucosa oral viene determinado por el envejecimiento de sus células, las alteraciones de las conexiones entre ellas, la unión de las células con la membrana basal, la alteración de las estructuras del tejido conjuntivo subyacente y la hidratación salival. El envejecimiento de las células origina una disminución de la renovación celular desde la capa basal a la capa córnea, un aumento de la rigidez de la membrana celular, una disminución de las principales organelas energéticas de las células (mitocondrias), una irregularidad estructural de la membrana nuclear y una alteración en la disposición de la cromatina con un acortamiento progresivo de los telómeros. Las conexiones intercelulares y de las células con la membrana basal se hacen más rígidas a medida que aumenta con la edad, así, los complejos de unión (desmosomas y hemidesmosomas) son menos eficaces para mantener la unión celular. Por otro lado, el tejido conjuntivo subyacente disminuye la cantidad de fibras elásticas y colágenas con una disminución de los fibroblastos y células de defensa, lo que hace que el soporte epitelial se encuentre más dificultado. Todos estos procesos se ven favorecidos por una disminución del flujo salival que debe mantener hidratada la mucosa. (107)

Las glándulas salivales vierten su contenido (saliva) en el interior de la cavidad bucal. Por el tipo de secreción que producen se dividen en glándulas serosas, mucosas y mixtas. Por su tamaño, las agrupamos en glándulas unicelulares o menores y glándulas pluricelulares o mayores. Las glándulas unicelulares se disponen inmersas en toda la mucosa que recubre la boca. Por su situación, podemos distinguir glándulas labiales, bucales, palatinas y linguales, drenando todas ellas por pequeños conductos independientes, que atraviesan la mucosa tanto del vestíbulo como de la cavidad bucal. Las glándulas mayores se forman por la reunión de varios racimos glandulares que confluyen en un conducto excretor común, responsable de llevar la saliva al interior de la cavidad bucal. La situación morfológica de estos racimos glandulares ya no está en su totalidad en el interior de la boca, como ocurría con las glándulas unicelulares. En la mayor parte de los casos, como veremos, se disponen en zonas próximas pero ajenas a la boca. Diferenciamos tres pares de grandes glándulas salivares mayores: sublingual, submaxilar y parótida.

Las glándulas mayores están formadas por una estructura histológica básica denominada ácino glandular. Los ácinos glandulares pueden ser mucosos o seromucosos (Figura 29). Las células mucosas están constituidas por un núcleo basal aplanado y vesículas secretoras que vierten su contenido rico en agua, glucoproteínas, sialomucinas y sulfomucinas, en una zona celular denominada zónula oclusiva. Las células seromucosas son ricas en aguas, sales minerales, alfa-amilasa, lipasa y peroxidasa y presentan un núcleo esférico y gránulos secretorios que se eliminan por las microvellosidades apicales de la célula. Sobre la estructura externa del ácino se sitúan células mioepiteliales que se encargan de contraer el conjunto celular para facilitar la expulsión del contenido glandular. Los ácinos están conectados por los conductos intercalados que se unen para formar los conductos intralobulares donde se reabsorbe sodio y se incorporan inmunoglobulinas, lisozima, calicreína y potasio. Los conductos intralobulares se unen para formar los conductos interlobulares de la glándula. (107)

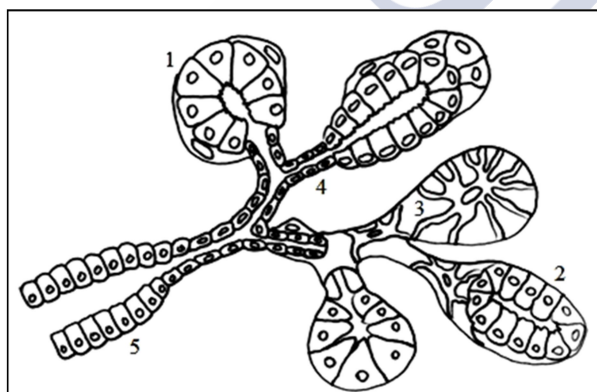


Figura 29. Estructura histológica de las glándulas salivares mayores: 1) ácino seromucoso, 2) ácino seroso, 3) mioepiteliocito, 4) conducto intercalado, 5) conducto intralobular

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

No se debe confundir la disminución de la secreción glandular por patologías sistémicas o tratamientos crónicos con el envejecimiento fisiológico de las glándulas salivales. Con la edad las glándulas salivales se hacen menos efectivas por dos mecanismos diferentes, uno químico y otro muscular. El mecanismo químico se produce por una disminución de agua, sales minerales, alfa-amilasa, lipasa, peroxidasa, inmunoglobulinas y lisozima. El mecanismo muscular se produce por una disminución de la contracción de los mioepiteliocitos encargados de exprimir el contenido glandular para enviarlo al interior de la cavidad oral. (107)

En la mucosa masticatoria debemos comentar la estructura especial de la encía (Figura 30). La encía está formada por dos zonas diferentes que son la encía libre y la adherida o insertada. La encía libre es la que está situada hacia la corona de los dientes por encima del hueso alveolar y presenta dos zonas; una es la encía vestibular y palatina o lingual que está formada por crestas papilares queratinizadas que se adaptan a la morfología dentaria; y otra es la encía interdental o col, formada por mucosa no queratinizada. El epitelio de la encía libre que une la mucosa con el diente se denomina epitelio de unión y está situado en el fondo del saco gíngivodentario. La encía insertada se extiende desde la encía libre hasta la línea mucogingival. Sin embargo, no podemos confundir encía con periodonto; ya que el periodonto es el complejo que incluye la encía libre, insertada, la línea mucogingival, la mucosa oral, el hueso alveolar, cemento dentario y ligamento periodontal, pero desde el vértice de la encía hasta donde termina el ápice dentario.

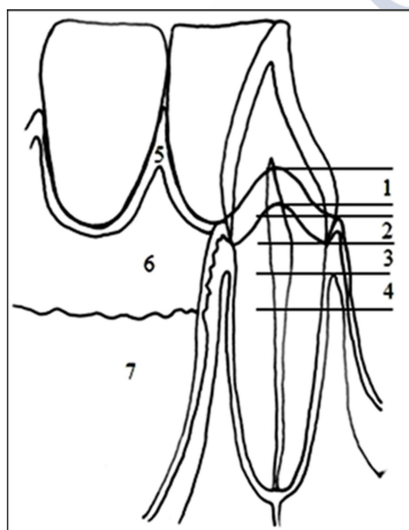


Figura 30. Estructura de la encía: 1) epitelio de unión interproximal, 2) encía libre, 3) encía insertada supracrestal, 4) encía insertada crestal, 5) encía libre vestibular, 6) encía insertada vestibular, 7) mucosa alveolar.

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

La encía presenta una renovación celular muy alta, por lo que sufre pocos cambios en el envejecimiento. De todas formas, clínicamente se observan cambios debidos a la atrofia de la apófisis alveolar de los maxilares que originan retracción gingival y debilitamiento del soporte de la tabla alveolar de los maxilares. (107)

La mucosa del dorso de la lengua presenta unas estructuras epiteliales especializadas denominadas papilas linguales (Figura 31). Topográficamente las

papilas del vértice de la lengua presentan receptores del sabor dulce, las de los bordes laterales del tercio anterior tienen receptores del sabor salado, los receptores del sabor ácido están situados en las papilas de los bordes laterales de los dos tercios posteriores de la lengua y el sabor amargo es recibido por los receptores del centro del tercio posterior y paladar blanco. No debemos confundir papila gustativa con botón o receptor gustativo. Los botones gustativos son receptores situados en el epitelio de las papilas gustativas. Las papilas gustativas pueden ser de cuatro tipos: filiformes (extensiones queratinizadas de células epiteliales de la superficie), fungiformes (tienen forma de seta y presentan un epitelio delgado no queratinizado), caliciformes o circunvaladas (situadas en la parte posterior del dorso de la lengua formando una V visible macroscópicamente) y foliadas (son surcos o ranuras con botones gustativos en la parte lateral y posterior de la lengua).

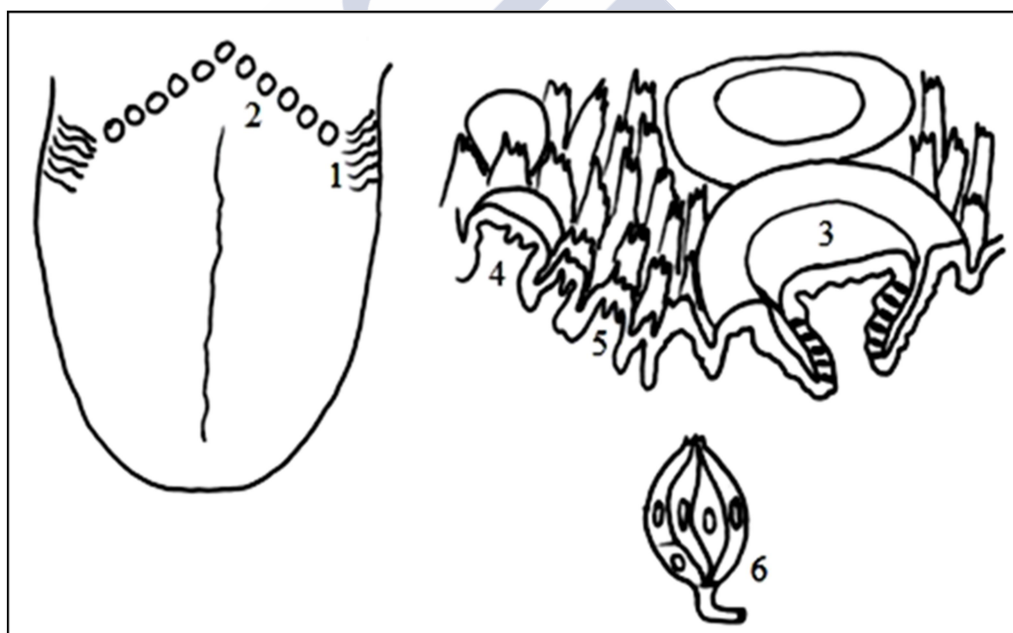


Figura 31. Estructura de la mucosa del dorso de la lengua: 1) papilas foliadas, 2) "V" lingual de papilas caliciformes, 3) papila caliciforme, 4) papila fungiforme, 5) papila filiforme, 6) botón gustativo.

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

La mucosa de la lengua presenta con la edad dos cambios fundamentales. Por un lado una disminución de las papilas linguales y por el otro, una disminución de los receptores situados en el epitelio de las papilas gustativas.

2.3.1.7 Envejecimiento del tejido dentario

El esmalte (Figura 32) es el tejido biológico más duro del organismo y está compuesto por prismas entrelazados que a su vez están compuestos de cristales de hidroxiapatita. El esmalte está compuesto por un 96% de mineral de hidroxiapatita y un 4% de agua y sustancia orgánica entre la que es de destacar la proteína denominada enamulina. La formación de los prismas se produce cuando los grupos de ameloblastos migran desde la unión amelodentinaria hacia la periferia del diente en formación. Esta migración no es lineal, sino que se produce de manera ondulante. En los ápices de las cúspides, estas ondulaciones se exageran formando el esmalte nudoso. El esmalte observado bajo luz incidente aparece como un conjunto de bandas claras y oscuras formadas por la diferente disposición de los grupos de prismas. Estas bandas se denominan de Hunter-Schereger. Los depósitos de los prismas del esmalte se producen por capas de aposición, formándose unas líneas incrementales denominadas estrías de Retzius. En la superficie las estrías se observan como pequeñas ondulaciones denominadas periquimatías. En la unión amelodentinaria podemos observar dos estructuras características que son: los husos y los penachos. Los husos son terminaciones de los túbulos dentinarios en el esmalte y los penachos son terminaciones de los túbulos dentinarios en el esmalte y los penachos son zonas hipocalcificadas causadas por la incurvación de grupos adyacentes de prismas. (107)

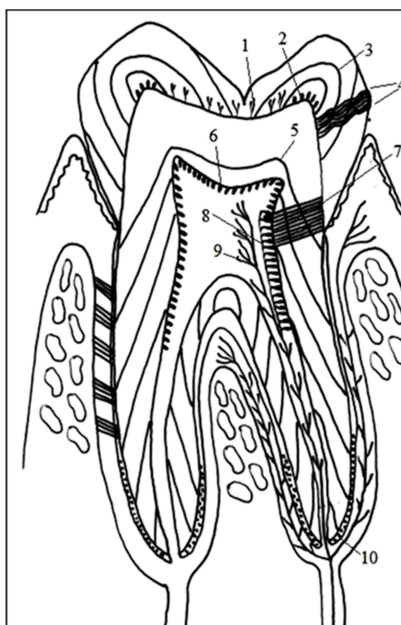


Figura 32. Estructura del diente humano: 1) husos del esmalte, 2) penachos del esmalte, 3) estrías de Retzius, 4) bandas de Hunter-Schereger, 5) líneas incrementales de la dentina, 6) capa de odontoblastos, 7) túbulos dentinarios, 8) plexo de Raschkow, 9) zona central de la pulpa, 10) cemento

Fuente: Suárez Quintanilla, J. Gerodontología

El envejecimiento del esmalte dentario origina cambio de su coloración, volviéndose cada vez más marrón o amarillento al permitir la transparencia de la dentina subyacente. El esmalte con los años se hace menos permeable aumentando el volumen de los cristales y disminuyendo el espacio interprismático, lo que dificulta la hidratación. En la capa más superficial del esmalte se acumulan progresivamente iones que originan un aumento de fluorapatita que aumenta la resistencia al ataque ácido. El esmalte disminuye su espesor llegando en muchas ocasiones a exponer el tejido dentinario subyacente.

La dentina (Figura 32) está compuesta por un 70% de cristales inorgánicos de hidroxiapatita, un 20% de fibras orgánicas de colágeno con pequeñas cantidades de otras proteínas y un 10% de agua. Está formada por túbulos que han sido depositados incrementalmente por unas células odontoblásticas situadas en el límite dentino-pulpar. Desde la capa de odontoblastos hacia el esmalte nos encontramos la predentina, la dentina intertubular, dentina peritubular, dentina interglobular y dentina del manto. Desde el punto de vista funcional podemos dividir la dentina en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria. La dentina primaria es la que se forma inicialmente hasta que los dientes entran en función de oclusión, la dentina secundaria es la que se forma a partir de que el diente realiza la actividad oclusal y la terciaria o reparativa es la que se forma para reparar algún defecto o trauma dentinario.

Los principales cambios de la dentina asociados a la edad son el aumento de la dentina secundaria y de la dentina esclerótica y un aumento de tractos desvitalizados, es decir, túbulos sin prolongaciones odontoblásticas.

La pulpa dentaria es el tejido conectivo blanco localizado en la porción central de cada diente. Está constituida por una zona central y otra periférica. La zona central de la pulpa está compuesta de grandes arterias, venas y troncos nerviosos rodeados por fibroblastos y fibras colágenas incluidas en una matriz intercelular. La zona periférica está compuesta por una zona odontogénica donde se encuentran los odontoblastos, una zona libre de células denominada zona de Weil o capa basal de Weil, y una zona rica en células donde se encuentra un plexo nervioso denominado de Raschokow. (107)

Con la edad la pulpa sufre cambios en sus dimensiones, estructura y función. El volumen de la pulpa disminuye por la formación de tejido calcificado sobre las paredes de la dentina y en el interior de la cavidad pulpar. Se produce una disminución en la densidad de las células pulpares, un aumento del componente fibroso y una disminución de la vascularización e inervación pulpar.

Estos cambios de la pulpa originan una reducción de la capacidad de defensa, de la actividad inmunitaria y de la respuesta defensiva a diferentes estímulos.

El cemento que cubre las raíces dentarias está constituido en dos tipos: el cemento intermedio y el cemento celular-acelular. El cemento intermedio está compuesto fundamentalmente por la proteína enamulina y por colágeno. El cemento celular-acelular debe su nombre a que se forma de manera incremental, formándose progresivamente una capa celular y otra acelular. Las células del cemento o cementoblastos se diferencian a partir de los fibroblastos del ligamento periodontal. El ligamento periodontal es un tejido conectivo fibroso compuesto por células (fibroblastos, osteoblastos, cementoblastos, macrófagos y osteoclastos) y sustancia intercelular (formada por fibras colágenas y sustancia fundamental con proteínas y polisacáridos). Los cambios más importantes del cemento con el envejecimiento son el aumento de grosor de la capa cementaria del diente, que preferentemente se produce en la zona apical, interdientaria y furcal.

2.4 Patología oral de los mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (83)

El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, provincia, municipio, área de salud, etc. Todas estas poblaciones pueden ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, para elaborar un plan de acción y de ejecución que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables. (100)

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad de tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. El diagnóstico de salud se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico, epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. (100) Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud. Por lo tanto, se basa en la identificación y definición de los problemas y del plan de acción para darle solución a los mismos, para lo cual se requiere de la participación del equipo de salud y la comunidad organizada. (74)

El diagnóstico de salud de la comunidad no sólo implica el conocimiento de la salud, sino también de todos los problemas, riesgos y necesidades reales de salud, así como de las interrelaciones sociales de la comunidad y los recursos de salud disponibles. (74)

Los indicadores de salud bucal van a depender de los siguientes factores:

1. Grado de satisfacción de la comunidad con la atención recibida.
2. Nivel de conocimientos de la población en salud bucal.
3. Nivel de higiene bucal: diagnóstico de placa bacteriana medio de control, resultado según índice de placa.
4. Epidemiología: morbilidad bucal, etc
5. Atención clínico-estomatológica: prevención, recuperación, rehabilitación.
6. Sociales: alimentación vivienda, trabajo, medio familiar y extrafamiliar.
7. Factores de riesgo: biológico, ambientales, comportamiento socioeconómico, culturales, naturales, interacción de lo biológico con otros.
8. Vigilancia del estado de salud de la población: etapas (exámenes profilácticos, exámenes completos, medidas sociosanitarias) y grupos (sanos, sanos con riesgo, enfermos)

A lo largo de la historia se han hecho muchos estudios para evaluar la salud bucodental de la población. Las encuestas nacionales sobre salud bucodental tienen como función básica proporcionar una idea de conjunto sobre salud y necesidades de tratamiento poblacional, con el fin de vigilar la evolución de las tasas de morbilidad. Esto nos permite conocer:

- La medida en que los servicios odontológicos existentes responden a las necesidades de la población.
- La naturaleza y cuantía de los servicios de prevención y restauración necesarios.
- Los recursos necesarios para implantar, mantener, aumentar o reducir los programas de salud bucodental, estimando las necesidades cuantitativas y el tipo de personal requerido.

En 1993, el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (actualmente denominado Consejo General de Colegios de Dentistas de España) encargó la realización de una encuesta epidemiológica bucodental, siguiendo los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la ejecución de estudios transversales tipo *Pathfinder*. Ese estudio se

publicó en 1995. En los años 2000, 2005, 2010 y 2015 se realizaron las correspondientes encuestas. (18)

El primer estudio de ámbito estatal sobre prevalencia de enfermedades bucales realizado en España fue el publicado por Gimeno de Sande en 1971, con un trabajo de campo realizado en 1969. Posee un valor histórico como primer estudio realizado de ámbito estatal pero su utilidad actual es limitada debido a que los estudios posteriores han utilizado una metodología diagnóstica diferente y, por tanto, son difícilmente comparables.(18)

En el año 1983, el Ministerio de Sanidad y Consumo encargó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un informe sobre la salud bucodental en España. El documento final se realizó sobre la base de la realización de una encuesta epidemiológica de ámbito estatal siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde 1990 a 2012 han sido diversos los estudios publicados sobre este tema. (18)

Desde el estudio realizado en 1993 hasta la actualidad, se han mantenido los criterios de diseño, tamaño muestral, así como la calibración de los exploradores, facilitando la comparación de los hallazgos obtenidos y permitiendo la posibilidad de establecer tendencias en el estado de la salud oral de los españoles.

Las personas mayores presentan una alta prevalencia de patología bucodentaria, que da lugar a alteraciones bucodentales, a una disminución de la calidad de vida y por lo tanto a una repercusión sistémica. (10)

En el adulto mayor se ve reflejado el comportamiento saludable que se adquirió en las primeras etapas del ciclo vital individual. En el envejecimiento se generan una serie de cambios en el estado social, en la percepción sensorial y en las funciones cognitivas y motoras de los individuos. (23) A nivel de salud bucal también se presentan cambios sobre los tejidos orales y funciones, y cambios secundarios a factores extrínsecos, incrementándose la pérdida de dientes debido a la enfermedad periodontal, caries y lesiones de la mucosa oral. (23)

La falta de dientes y ausencia de prótesis dental tienen una relación directa con la salud, debido a que al realizar inadecuadamente la función masticatoria,

sobre todo de alimentos de consistencia dura, se producen trastornos de la nutrición. Además se afecta la autorrealización y aceptación al generarse vergüenza, baja autoestima, dolor e incomodidad frente a otras personas durante el momento de las comidas y en los momentos de socialización. (73)

Otros factores generales como el uso de medicamentos, altos costes de la atención en salud, el nivel educativo y la clase social pueden comprometer la salud del adulto mayor. La calidad de vida relacionada con la salud oral ha sido estudiada principalmente en los adultos mayores, probablemente debido al interés general por este grupo de edad, el cual ha presentado un acelerado crecimiento en las últimas décadas en la mayoría de los países. (32)

Las enfermedades orales más frecuentes en el anciano son las siguientes:

1. Edentulismo
2. Caries radicular
3. Periodontitis
4. Lesiones por prótesis
5. Boca seca
6. Infecciones (Candidiasis)
7. Precáncer/ Cáncer oral

1.- Edentulismo.-

El impacto negativo de las pobres condiciones orales en la vida diaria es particularmente significativo entre las personas edéntulas. La pérdida dentaria excesiva reduce el rendimiento de masticación y afecta a la elección de alimentos (por ejemplo, personas edéntulas tienden a evitar dietas ricas en fibra y prefieren comidas ricas en grasas y colesterol). El edentulismo está demostrado ser un factor de riesgo independiente de bajar de peso y a mayores problemas con la masticación y problemas de comunicación sociales. Es prevalente entre los ancianos de todo el mundo, y altamente asociado con el status socio-económico. Los estudios epidemiológicos muestran que personas de baja clase social o ingresos e individuos con poco o ningún nivel educativo, son más edéntulos que personas de alta clase social y altos niveles de ingresos y educacionales.

La pérdida de dientes es el impacto negativo más significativo en la salud oral y calidad de vida de los mayores. (105)

La mayoría de los estudios nos muestran que el edentulismo está presente entre un 10% y un 60% de las personas mayores. Hoover y colaboradores en su estudio muestra un 41% de edentulismo (52), de la misma forma Miyazaki et. al. muestra un 27% de edentulismo en pacientes de 65-74 años y un 56% en pacientes de 85 años o más. (79)

Un estudio en España en 2001 que evalúa la salud de 3.460 personas mayores de 65 años, muestra un resultado de un 31% de edentulismo. (105)

La pérdida dentaria está relacionada de forma muy importante con un riesgo de malnutrición o desnutrición en personas mayores. (95) También se relaciona con factores psicológicos tal como depresión, ansiedad y estrés, y trastornos cognitivos o enfermedades como el Alzheimer. (78)

2.- Caries radicular.-

Es la causa más importante de pérdida de dientes en adultos mayores. Se produce fundamentalmente por dos factores: mala higiene y boca seca. (45)

La caries radicular es un proceso carioso que se produce sobre la raíz del diente. Como generalmente el paciente mayor suele tener una salud comprometida por diferentes patologías, la caries radicular vendría a desestabilizar el delicado equilibrio que tienen muchos de estos pacientes. Es bien conocido que es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano que se produce por la desmineralización de los tejidos duros del diente, en el caso de la caries radicular éstos serían el cemento y la dentina. (46)

3.- Periodontitis.-

En los adultos mayores existe una mayor prevalencia de periodontitis. Una pobre higiene oral, boca seca y enfermedades sistémicas se asocian frecuentemente con este aumento de la prevalencia. (34)

Existen numerosos estudios donde se demuestra que la periodontitis se asocia con la enfermedad vascular aterosclerótica incluyendo diabetes, enfermedad cardíaca coronaria y muerte súbita. Puede ser un factor predictivo de riesgo de enfermedad cardiovascular y de muerte por enfermedad renal y por enfermedades cardiovasculares en personas con diabetes tipo 2. Los procesos

inflamatorios crónicos de la periodontitis parecen jugar un papel importante en esas asociaciones. (84)

Por otro lado, existe una marcada relación entre la enfermedad periodontal y la neumonía por aspiración, ya que la principal puerta de entrada de los microorganismos al pulmón es la cavidad oral, pues las secreciones orofaríngeas los transportan a las vías respiratorias inferiores. Los microorganismos orales que infectan el parénquima pulmonar, en estos pacientes de riesgo, son patógenos habituales de la cavidad oral presentes en los pacientes con enfermedad periodontal, o que infectan secundariamente la cavidad oral a causa de cambios en el ecosistema bucal. (8)

Por lo tanto, es importante regular las visitas al dentista, aumentar la higiene oral, el uso de antisépticos como la clorhexidina y realizar el tratamiento periodontal correspondiente para mejorar el estado periodontal, aumentar la calidad de vida del paciente y disminuir los efectos sistémicos de esta enfermedad. (81)

4.- Lesiones por prótesis.-

Las que se producen con más frecuencia en el anciano son: úlceras, palatitis eritematosa, lesiones exofíticas y alergia.

La estomatitis protésica es la lesión mucosa más frecuente de importancia clínica en la población de tercera edad. La prevalencia está registrada dentro del rango de 11-67% de portadores de prótesis completa. Es una lesión traumática, crónica, eritematosa, normalmente asintomática, provocada por la placa palatina de una prótesis removible parcial o completa.

Las lesiones exofíticas más frecuentes en el anciano son: la hiperplasia papilar inflamatoria, el épolis fisurado y las hiperplasias fibrosas. Su rango de prevalencia varía entre 4-26%. (92)

Por último destacar que se puede producir alergia a algún componente de la prótesis (alergia de contacto), donde se deberían hacer pruebas epicutáneas o epimucosas, tener presente también si existen reacciones liquenoides y su marcado componente psicológico.

5.- Boca seca.-

El síndrome de boca seca (xerostomía) se define como el conjunto de signos y síntomas que acompañan a la disminución del flujo salival en situaciones de reposo. Hay que diferenciar xerostomía, que es la sensación subjetiva de boca seca, con la hiposialia, hiposecreción salival o sialopenia.

El síndrome de boca seca se produce de forma muy frecuente, un 21,3% de los hombres y un 27,3% de las mujeres de más de 65 años. (28)

El envejecimiento por sí mismo tiene un efecto mínimo en los tejidos orales y su función. La mayoría de los cambios asociados al envejecimiento son secundarios a factores extrínsecos. Todo fármaco lleva asociado la capacidad de producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo, especialmente en tratamientos de larga duración. Como efectos secundarios importantes son, la disminución del flujo salival o xerostomía (analgésicos, antidepressivos, antihistamínicos, antipsicóticos, antihipertensivos, anticolinérgicos...). (22)

El síndrome de boca seca es un importante problema de salud, ya que ocasiona intensas alteraciones funcionales y lesiones orales de carácter orgánico. Las alteraciones funcionales son las primeras en aparecer. Existe una dificultad en la masticación, deglución, fonación y alteración en la captación del gusto. Estos problemas pueden desencadenar cambios en la alimentación e incluso comprometer el estado nutricional. (15)

Las lesiones orales de carácter orgánico provocan una alteración de la mucosa oral: aparece brillante, seca, eritematosa, sensible, friable y, en ocasiones, dolorida; facilita la aparición de caries, de evolución rápida y de localización preferentemente cervical; enfermedad periodontal; malestar con el uso de prótesis; predisposición a las infecciones, (sobre todo candidiasis); halitosis e incluso manifestaciones extraorales. (15)

6.- Infecciones (Candidiasis).-

La candidiasis o candidosis oral es la enfermedad infecciosa ocasionada por el crecimiento de las colonias de *Cándida* y la penetración de las mismas en los tejidos orales cuando las barreras físicas y las defensas del huésped se encuentran alteradas. La mayoría de autores coinciden en que la colonización de la cavidad oral por hongos y más concretamente por *C. albicans*, es muy habitual entre personas sanas, y más aún en las personas mayores (entre un 7% y un 65%). El diagnóstico es fundamentalmente clínico, las pruebas de laboratorio se basan en la demostración e identificación del hongo en las muestras clínicas (frotis o cultivo). El tratamiento requiere la eliminación o atenuación de los factores causales; siendo éste el aspecto fundamental en la terapéutica de esta infección en el anciano. (90)

7.- Precáncer/ Cáncer oral.-

Precáncer oral se define como “tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal”. Serían la eritroplasia, lupus eritematoso, queilitis actínica, leucoplasia y el liquen plano. (50)

- *Eritroplasia*: se define como una “lesión predominantemente roja de la mucosa oral, de aspecto aterciopelado, que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definida”. Es poco frecuente (0,09%), su etiología es el tabaco o el alcohol, puede tener cualquier localización, el diagnóstico ha de ser clínico e histopatológico. Tiene un gran potencial de malignización y su tratamiento es la eliminación quirúrgica. (112)
- *Lupus eritematoso discoide*: es una enfermedad inflamatoria crónica, mucocutánea, de etiología desconocida. Su diagnóstico es por medio de la clínica y biopsia (inmunofluorescencia) y el tratamiento es la corticoterapia.(96)
- *Queilitis actínica*: suele afectar a pacientes mayores, varones de raza blanca. La localización más frecuente es la semimucosa de labio inferior. La clínica es característica ya que se produce el borramiento del límite cutáneo-mucoso labial, pérdida de la turgencia labial y descamación. El

diagnóstico es con biopsia y el tratamiento mediante protección labial, bermellectomía o láser CO₂. (113)

- *Leucoplasia*: la OMS la define como “placa blanca que no puede desprenderse por raspado y que no puede clasificarse como ninguna otra lesión”. Los factores etiológicos relacionados con esta lesión son el tabaco, el alcohol, factores irritativos traumáticos, infecciones y factores sistémicos. Se diagnostica mediante la clínica y la histopatología y su tratamiento consiste en eliminar los posibles factores causales y la extirpación de la lesión. (35)
- *Liquen plano*: es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente, de etiología desconocida, mucocutánea, con manifestaciones orales frecuentes y una clínica e histología característica. Es un trastorno potencialmente maligno.

El impacto negativo de la pobre salud oral condiciona la calidad de vida de los ancianos, es una importante cuestión de salud pública, la cual debería de ser dirigida por los responsables políticos. Los programas de salud pública nacional deberían incorporar promoción de salud oral y prevención de la enfermedad basada en el enfoque común de los factores de riesgo. (113)

El control de las alteraciones orales y enfermedades en adultos mayores debe reforzarse hacia la organización de servicios de salud oral asequibles, los cuales satisfagan sus necesidades. Las necesidades de cuidados son más altas en los discapacitados y en los grupos más vulnerables, tanto en países desarrollados y en desarrollo. (113)

2.5 Atención bucodental de las personas mayores

Muchas personas mayores no están recibiendo los cuidados odontológicos que necesitan, porque los sistemas sanitarios no son del todo sensibles a los problemas de salud oral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una promoción de la salud oral basada en la actuación sobre los factores de riesgo y la utilización de los servicios dentales. Además, son necesarios programas de fluoración efectiva y fomentar la utilización de pastas de dientes fluoradas para prevenir la caries.

Factores de riesgo como la higiene oral, la dieta, el consumo de tabaco y la ingesta excesiva de alcohol deben considerarse factores promotores de salud. Por ejemplo, dejar de fumar es beneficioso para múltiples problemas de salud, incluidos los orales. Se trata de factores prevenibles, comunes a otros problemas de salud y, por tanto, prioritarios para la OMS. (20)

La fluoración del agua es recomendada por la OMS, los estudios epidemiológicos demuestran su gran eficacia en la reducción de la caries, pero sigue preocupando que pueda causar una fluorosis leve del esmalte. Las pastas dentales fluoradas son el método más aceptable de fluoración y existen otras formas de aporte de flúor que deben considerarse en personas de mayor riesgo.

La educación para la salud y los autocuidados son también los pilares sobre los que fundamentar los logros en este sentido. El autocuidado es un proceso voluntario que debe ser fomentado por los sistemas de salud. Aunque cuidar y cuidarse es inherente a la propia naturaleza, precisan cierto grado de conocimientos y cotidianidad que requieren aprendizaje. (20)

Es también un reto no sólo el acceso a los cuidados odontológicos, sino el acceso a unos cuidados de calidad basados en la evidencia y, en este sentido, es fundamental la función de la universidad y las sociedades científicas.

A veces, puede parecer que se ha instalado en nuestra sociedad la creencia de que la mala salud oral es inevitable en los mayores, que el edentulismo va parejo al envejecimiento, pero no debe ser así. La salud oral es parte fundamental de la salud general e imprescindible, tanto en la población

En algunas Comunidades Autónomas se ofrece tratamiento odontológico para mayores:

- SERGAS (Galicia): Servicios de atención bucodental ofertados en Atención primaria a las personas de edad avanzada son los mismos que se ofrecen a la población general: tratamiento de los procesos agudos odontológicos y urgencias. (5)
- ICS (Cataluña): Coberturas de atención especial a la 3ª Edad: Programa de tratamiento integral para la atención a mayores de 60 años con pensiones no contributivas (tratamiento dental completo-restaurativo y protésico- sin coste para el paciente). 150 pacientes por año desde 1991. (5)
- SPS (Castilla y León): 75 años o más: exploración anual programada, de carácter preventivo :
 - o Caries
 - o Enf. Periodontal
 - o Lesiones orales cancerosas y precancerosas
 - o Educación sanitaria dirigida a la prevención de enfermedades de la boca. (5)

2.5.2: Odontología Privada: el sistema actual de pensiones y el nivel de pobreza de las personas de edad avanzada restringe el acceso a la atención dental privada, siendo en la mayoría de los casos tratamientos dentales muy costosos. (58)

2.5.3: Facultades de Odontología: podemos ver que se ofrecen precios más asequibles, en algunos casos específicos para gerodontología, y en un entorno especializado.

2.5.4: Atención odontológica en instituciones geriátricas:

La demanda creciente de asistencia dental a los mayores institucionalizados obliga al desarrollo y evaluación de programas de asistencia dental domiciliaria.

En algunas comunidades autónomas se llevan a cabo programas preventivos de concienciación sobre la importancia de la salud bucal, incidiendo en determinados grupos: niños, embarazadas, discapacitados, etc. Pero la población de mayor edad nunca ha sido un grupo preferente, a pesar de acumular la mayor proporción de enfermedades. (43)

La asistencia odontológica en los centros geriátricos mejoraría notablemente la salud bucal, el estado y uso de las prótesis dentales, la capacidad funcional oral para masticar y comunicarse y, en definitiva, la calidad de vida de los mayores.

En resumen, pese a los elevados costes que supondrían los programas de atención domiciliaria, el hecho de evitar desplazamientos innecesarios a centros de salud cuando los aparatos y el instrumental necesarios están disponibles en el lugar donde residen los usuarios resulta, al menos, interesante. También se sabe que en los centros geriátricos cabe la posibilidad de instalar un servicio de odontología permanente, con actividad a tiempo parcial, o mejorar su rentabilidad atendiendo a personas mayores del mismo ámbito geográfico con cierta vinculación a la administración que lo financia. (43)

2.6 Exclusión social de los mayores

La exclusión social es otro de los problemas que afecta al grupo anciano. El proceso de exclusión social en los países desarrollados está determinado en buena medida por el acceso o no al mundo laboral. La posibilidad de tener un puesto de trabajo, de mantenerlo y de percibir beneficios, ya sean económicos como el salario, sociales como el prestigio o el reconocimiento, o psicológicos como la autoestima o el sentimiento de pertenencia a un grupo, posibilita la plena integración de los individuos en la sociedad. De esta forma, los individuos que permanecen al margen del mundo laboral como son los jubilados, prejubilados, discapacitados y los inmigrantes, se convierten en colectivos excluidos o potencialmente excluidos. (68)

Otros criterios que caracterizan a los socialmente excluidos vienen determinados por factores como son, por ejemplo, la edad, el sexo o las características personales o sanitarias. En este sentido, la población anciana se convierte en un grupo con alto riesgo de padecer exclusión social. La inequidad que sufre la población de 65 o más años y más se manifiesta primordialmente por las desigualdades derivadas de la distribución de los ingresos, aunque también está relacionada con la participación política y comunitaria y de acceso a servicios y de salubridad, entre otras disparidades.

Una variable clave en la determinación de la situación de riesgo de exclusión social es la estructura del hogar. Los hogares unipersonales formados por personas de más de 65 años, junto con los monoparentales encabezados por mujeres, son los que mayor riesgo de padecer exclusión social tienen. Como se puede observar en la Figura 34 la proporción de hogares unipersonales formados por personas mayores de 65 años han aumentado en los últimos años, sobre todo para las mujeres, un 49.7%.

Hogares unipersonales por grupos de edad y sexo

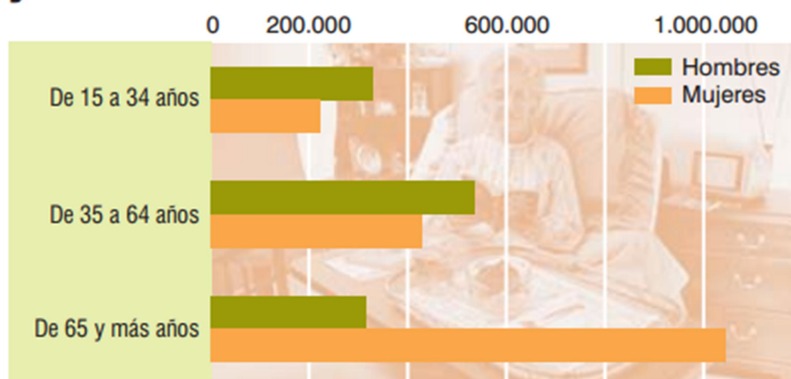


Figura 34. Hogares unipersonales en España.

Fuente: INE

La población anciana se configura como uno de los colectivos con mayor riesgo de exclusión social, por lo que ante el aumento de la proporción de mayores que se producirá en las próximas décadas, será necesario poner en práctica fórmulas que hagan hincapié en evitar la exclusión social de este grupo.

(68)

2.7 Pensiones de jubilación

Otro elemento objeto de la controversia con relación al proceso de envejecimiento es el de las pensiones. Desde algunos sectores se ha dado la voz de alarma ante la imposibilidad de poder pagar las pensiones en una sociedad en la que supuestamente el número de trabajadores podría ser inferior al de beneficiarios. (77)

En la Figura 35 se puede observar la distribución de las pensiones en España en el año 2015 y la cuantía media de éstas. Las pensiones de jubilación, junto con las de viudedad, son las más importantes en cuanto a su número de las administradas por el Sistema de la Seguridad Social, significando el 59% y el 27% respectivamente.

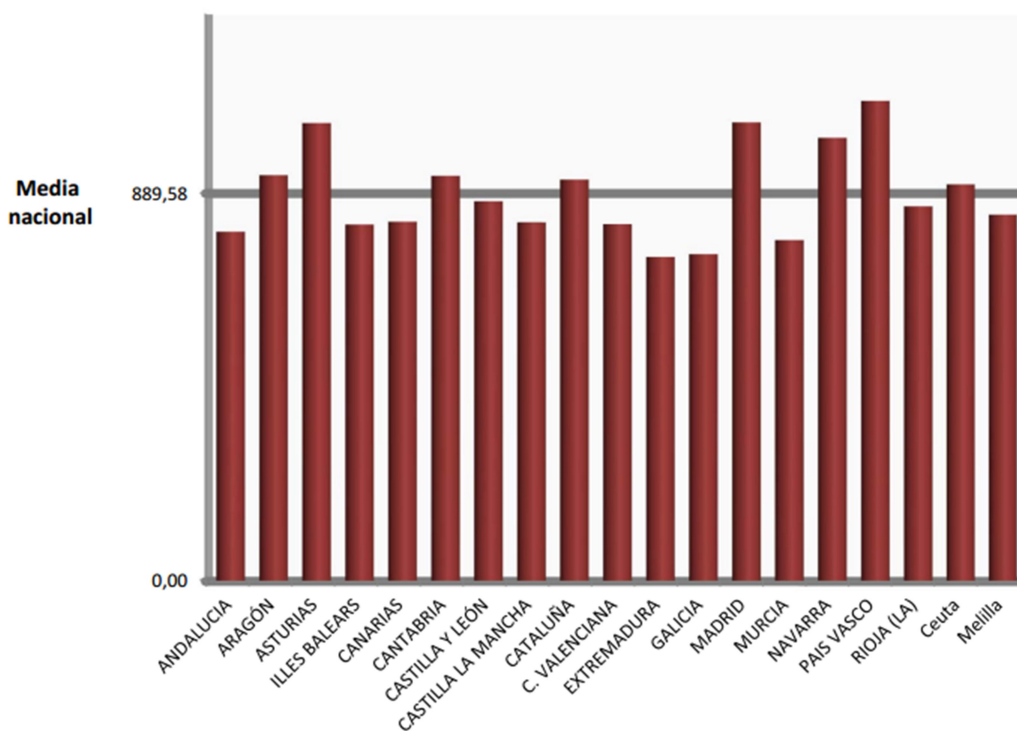


Figura 35. Pensión media por Comunidad Autónoma (sept 2015).

Fuente: MTAS (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)

Previsiblemente el número de pensiones de jubilación se incrementará en los próximos años, mientras que las de viudedad seguirán una tendencia

descendente. En un futuro a corto plazo, el grupo de pensiones se nutrirá cada vez más de mujeres que han desempeñado un trabajo remunerado fuera de sus casas, y ante la posibilidad de elección optarán por percibir una pensión de jubilación, ya que la cuantía media de éstas es más elevada que las de viudedad. Es de suponer también que en las próximas décadas la cuantía media de las pensiones aumentará, no sólo como consecuencia de un reajuste del gasto social, sino también debido a que la composición de la fuerza de trabajo se va a modificar. (77)

El aumento de la proporción de población anciana y los consecuentes cambios en las políticas sociales que esto conllevará, hacen que desde numerosos sectores de la sociedad se plantee que el envejecimiento de la población podría comportar una desestabilización del Sistema de la Seguridad Social y la crisis del Estado de Bienestar. Esta inquietud parte del planteamiento erróneo de que el envejecimiento de la población produce una disminución de la población potencialmente activa, y no un descenso de la población dependiente joven, como realmente sucederá. (77)

“Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones”

El proceso de envejecimiento está provocando una importante preocupación social en lo que al gasto público se refiere. Desde numerosos ámbitos políticos, económicos y sociales, prevalece la inquietud de que el envejecimiento de la población suscitará un importante aumento de gasto social en sanidad y atención a las personas mayores, así como en las pensiones que éstas reciben. (68)

En el caso de España y de otros países del área meridional europea, la familia continúa siendo la principal fuente de bienestar y apoyo en situaciones de precariedad, como puede ser el caso de la enfermedad y la vejez. De este modo, el cuidado y la atención de las personas mayores se convierten en una responsabilidad exclusiva de las familias y, dentro de éstas, las mujeres son las que principalmente se encargan de cuidar a los ancianos. En este sentido, la ONU (2002) propone que la estrategia a seguir para que las familias no se encuentren

sobrecargadas de trabajo y los servicios hospitalarios demandados por la población anciana desciendan, sería aumentar la calidad y cobertura de la oferta de servicios y cuidado a domicilio de las personas mayores, e impulsar la participación de la comunidad en los servicios sociales y de atención a la salud de la población mayor.

Si bien la cuestión asistencial ha suscitado una gran inquietud, las pensiones se han convertido en el elemento clave del debate. Desde hace unos años se han ensayado diferentes líneas de actuación para solucionar las consecuencias, principalmente económicas, del proceso de envejecimiento. De este modo, en un pasado reciente se llevaron a cabo políticas de jubilación anticipada pero no lograron el objetivo para el que fueron diseñadas, la creación de puestos de trabajo para los jóvenes, sino una reducción de la población activa no sólo mayor sino también joven, debido a la flexibilización de las estrategias de contratación. (58)

En la actualidad, los gobiernos están impulsando la progresiva implantación de un sistema de pensiones privado complementario del sistema público.

Las consecuencias económicas que el envejecimiento general de la sociedad conlleva, podrían ser solventadas si aumentara el número de cotizantes a la Seguridad Social. Este incremento del número de cotizantes se lograría mediante una mejora de las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres, una regularización del empleo de los inmigrantes en situación de ilegalidad y el retraso de la edad de jubilación. Este retraso parte de que el concepto de anciano como persona de más de 65 años es completamente arbitrario y poco representativo de los cambios sociales que han acontecido en las últimas décadas. En una sociedad como la española, en la que los jóvenes comienzan cada vez más tarde su vida laboral e independiente de sus familias de origen, una persona con 65 años tiene una trayectoria laboral muy corta pero con una esperanza de vida muy larga. En la actualidad, las personas con 65 o más años y más se enfrentan a la jubilación con unos ingresos reducidos y, en algunos casos incluso, con personas a su cargo y, además, con un número cada vez más elevado de años fuera del grupo de la población activa con las consecuencias económicas y psicológicas que esto conlleva. (68)

De esta forma, en algunos países los gobiernos han adoptado medidas para promover el empleo de trabajadores mayores, creando incluso un sistema de bonificaciones dirigido a incentivar a las empresas que emplean a trabajadores de cierta edad.

En el Figura 36, podemos observar los efectos previsibles que el retraso de la edad de jubilación tendría en el sistema de pensiones.

Previsión de beneficiarios de pensiones contributivas. 2003 y 2050

	2003	2050	2003 ^R	2050 ^R
Población en edad de trabajar	28.607.266	29.244.683	25.610.959	28.256.816
Población en edad de jubilación	7.143.808	16.394.839	5.185.831	13.005.363
Población activa ^T	19.590.256	20.026.759	17.220.809	18.999.883
Beneficiarios de pensiones contributivas ^B	6.862.654	15.733.361	4.904.677	12.343.885
Población activa/beneficiarios de pensiones contributivas	2,85	1,27	3,51	1,54

R Población revisada: adultos en edad de trabajar, 25-69 años, y mayores en edad de jubilación, más de 70 años.
T Población activa calculada a partir de la tasa de actividad del IV trimestre de 2003: tasa de actividad de 16-64 años y, en el caso de la población revisada, aplicando la tasa de actividad de 25-69 años.
B Beneficiarios de pensiones contributivas: población en edad de jubilación - beneficiarios de pensiones no contributivas de jubilación (para 2050 éstos han sido calculados a partir del incremento esperado y teniendo en cuenta su evolución en el intervalo 1994-2003).

Fuentes: INE, Área de Análisis y Previsiones Demográficas (población a 31 de diciembre calculada a partir del Censo de 2001)
INE, Encuesta de Población Activa (tasa de actividad)
MTAS, Boletín de Estadísticas Laborales (beneficiarios de pensiones no contributivas de jubilación)

Figura 36. Previsión de beneficiarios de pensiones contributivas. 2003 y 2050.

Fuente: INE

En este cuadro se presentan los datos de la población activa y los beneficiarios de pensiones calculados a partir de las proyecciones de población realizadas por el INE para los años 2003 y 2050. Asimismo se incluye esta información revisada, es decir, considerando que la población en edad de trabajar es la comprendida entre los 25 y los 69 años y, la población en edad de jubilación, la que tiene 70 años y más. La razón para proponer una revisión de la edad tradicionalmente considerada activa (de los 16 a los 64 años), es adecuar las políticas a una realidad social. La incorporación de los jóvenes al mercado de trabajo se produce cada vez más tarde, debido al aumento del número de años dedicados a la formación. De igual forma, las mejoras en la calidad de vida que se han producido en las últimas décadas proporcionan a los mayores de 65 años una capacidad física y psicológica que les permite alargar su vida plenamente activa.

(77)

La previsión formulada de beneficiarios de pensiones al horizonte 2050 muestra, por tanto, una realidad algo distinta a la que desde algunos sectores políticos, económicos y sociales se está dando del proceso de envejecimiento. Si bien no se puede obviar que el aumento de volumen de población de más de 65 años conlleva unas implicaciones económicas, los datos revelan que no es previsible que se produzca la tan nombrada crisis del Estado de Bienestar. Los cambios sociales, económicos y políticos que el proceso de envejecimiento requiera, se deben fundamentar no tanto en el aumento numérico de la población mayor, como en el cambio en la estructura de edad de la población española. Los cuantiosos fondos públicos destinados tradicionalmente a cubrir las necesidades de la población joven, en un futuro deberían reducirse debido a que el número de jóvenes será inferior, por lo que estos fondos deberían trasvasarse para cubrir las necesidades de otro grupo de población, el anciano. (68)

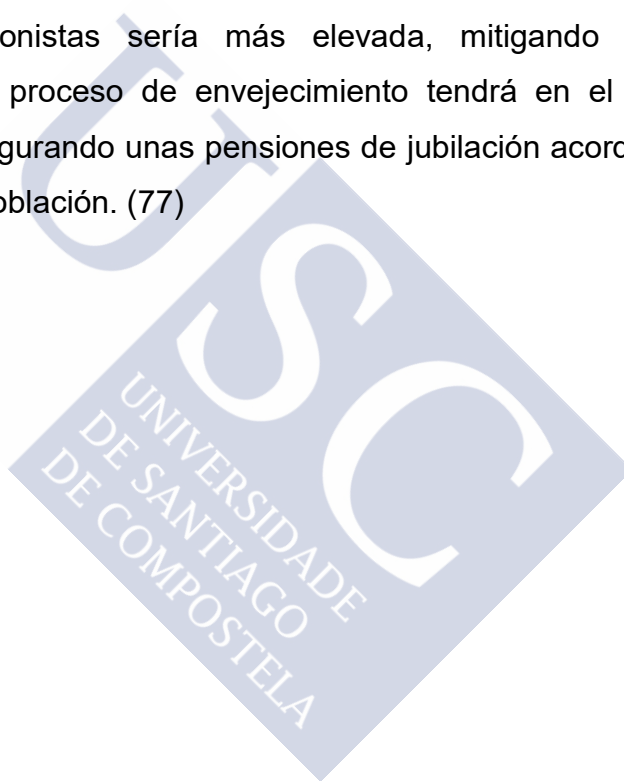
Por lo tanto, el proceso de envejecimiento de la población comportará un importante reto para las sociedades en el futuro. Sin embargo, en oposición al temor generalizado de que el envejecimiento provocará la desestabilización del Estado de Bienestar, no se puede olvidar que el alargamiento de la vida es un logro de las sociedades desarrolladas y como tal debe plantearse.

Los cambios demográficos que se están produciendo en nuestras sociedades requieren una revisión de los planteamientos vigentes. Las reformas sociales, económicas y políticas que el proceso de envejecimiento exija, no se deben fundamentar en las implicaciones que el aumento de volumen de población mayor de 65 años tendrá en la sociedad, como son el incremento del gasto social en sanidad y de las pensiones de jubilación, entre otras. Las perspectiva debe partir de que el envejecimiento de la población conlleva un cambio en la estructura de edad de la población. Las necesidades que en el pasado eran prioritarias socialmente, como la sanidad y la educación de los niños y jóvenes, en el futuro podrían reducirse debido a que el volumen de la población joven descenderá, por lo que los estados podrían hacer frente a las necesidades demandadas por la población anciana. (12)

Entre las reformas que la sociedad española del siglo XXI precisaría ante el importante aumento de la proporción de población de más de 65 años, y con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida de su población mayor y favorecer la

financiación de las pensiones de jubilación, estaría la de aumentar el número de cotizantes a la Seguridad Social. Tal objetivo se lograría mediante la promoción del *envejecimiento activo* y la regularización del empleo de los inmigrantes en situación de ilegalidad. Asimismo, la mejora de las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres, y el cambio en las condiciones de contratación de los jóvenes, posibilitarán el mantenimiento e incluso el aumento del volumen de ocupación, vía incremento de las tasas de actividad, contrarrestando de esta forma el descenso de la población en edad de trabajar.

En lo que refiere al retraso de la edad de jubilación, esta medida implicaría la reducción del número de población dependiente mayor. De este modo, la relación, activos/pensionistas sería más elevada, mitigando por tanto las consecuencias que el proceso de envejecimiento tendrá en el sistema de la Seguridad Social y asegurando unas pensiones de jubilación acordes con el nivel de vida general de la población. (77)



2.8 Convenios y ayudas para la atención bucodental

Para una adecuada atención bucodental, y sobre todo, para grupos de mayores con menores recursos, existen convenios y ayudas. Aunque existen a nivel nacional, éstos tienen una aplicación más real a nivel autonómico y municipal, dependiendo de las consejerías y concejalías de bienestar social y asuntos sociales.

Tanto la cuantía como la distribución y beneficio de estos convenios y ayudas, dependen de diversos factores, a veces desgraciadamente, muy políticos.

A nivel de las Comunidades Autónomas, para poder cubrir los gastos de algunas atenciones odontológicas específicas, tipo prótesis dentales y las cuantías de las ayudas y los requisitos van a variar dependiendo de cada una de ellas. Ponemos por ejemplo Galicia (DOGA nº62, viernes 1 de Abril de 2005 pp 5396-5400) (Figura 37):

GALICIA:

- a. Según la orden del 21 de Marzo de 2005 publicada en el Diario Oficial de Galicia, se recoge la posibilidad de conceder de manera singular, prestaciones económicas no periódicas para personas mayores y con discapacidad.
- b. Estas ayudas tienen un límite global de partida de 1.410.697 € para el año 2005:
 - Se subvenciona a las personas mayores que puedan solicitarlo ayudas para la adquisición de prótesis dentales: hasta 480 €
 - Beneficiarios: personas mayores de 65 años que acrediten una necesidad de ayuda que no esté incluida en otras ayudas de protección oficial


 XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE FAMILIA, XUVENTUDE, DEPORTE E VOLUNTARIADO					
PROCEDEMENTO AXUDAS INDIVIDUAIS PARA PERSOAS MAIORES E PERSOAS CON DISCAPACIDADE	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO FM609B	DOCUMENTO SOLICITUDE			
SECTOR: <input type="checkbox"/> PERSOAS MAIORES Minusvalidez _____ Duración: - Indefinida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PERSOAS CON DISCAPACIDADE N° expediente _____ - Temporal <input type="checkbox"/>					
DATOS DO BENEFICIARIO					
DON/DONA		DNI			
IDADE	ENDEREZO				
LOCALIDADE	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL			
SEGURIDADE SOCIAL N° AFILIADO		<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO/A			
OUTROS SISTEMAS (MUFACE, ISFAS, IISMI...)					
O representante legal (en caso necesario):					
DON/DONA		DNI			
ENDEREZO	LOCALIDADE	PROVINCIA			
CONDICIÓN DO SOLICITANTE (MARCAR CUN X O QUE PROCEDA)		TELÉFONO			
<input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> NAI <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> PERSOA ENCARGADA DO INTERESADO					
TIPO/S DE AXUDA/S QUE SOLICITA					
CONCEPTO	EN PAGAMENTOS MENSUAIS		CONTÍA TOTAL	SOLICITUDE	
	CONTÍA MES	N° DE MESES		NOVA	PRÓRROGA
INFORME MÉDICO					
INFORME MÉDICO (para que o cubra a Sección de Cualificación e Valoración de Minusvalideces) nas axudas de: adaptación de vehículo, axudas técnicas ou próteses auditivas.					
Don/Dona _____, afectado/a de _____					
por _____ [sinatura do facultativo/a]					
Nome do facultativo/a: _____					
Sección de Cualificación e Valoración de Minusvalideces de: _____					

Figura 37. Impreso para solicitud de ayuda para tratamiento bucodentario en Galicia 2005 (DOGA nº62, viernes 1 de Abril de 2005 pp 5396-5400).

2.9 Asistencia odontológica en pacientes geriátricos funcionalmente dependientes y frágiles

La atención odontológica a las personas mayores no difiere, en multitud de ocasiones, de los tratamientos clásicamente aplicados a la población adulta en general. Sin embargo, en otras muchas situaciones, y con el paso del tiempo cada vez más, nos encontramos con situaciones que implican consideraciones y actuaciones diferentes para lograr los mismos resultados. Esto ocurre casi siempre con el paciente dental “funcionalmente dependiente y frágil”. Se considera un sujeto “dependiente” cuando necesitan de la ayuda de otros para realizar ciertas actividades relacionadas tanto con el cuidado personal (comer, vestirse, bañarse, etc.) como con el mantenimiento del entorno (cocinar, limpiar la casa, comprar, etc.) y un sujeto “frágil” a aquel sujeto mayor con un riesgo elevado de perder su independencia. La mayor prevalencia de enfermedades crónicas, así como el deterioro físico y psíquico que acompaña en algunas ocasiones al proceso de envejecimiento, constituyen los dos factores fundamentales que explican la aparición de problemas de dependencia entre la población anciana. Según las diferentes encuestas de salud realizadas en España y los estudios sobre dependencia, alrededor del 17% de los mayores de 65 años en España tienen problemas de falta de autonomía para realizar tareas de cuidado personal o instrumentales. Desde un punto de vista asistencial, podemos considerar el paciente frágil o dependiente a aquel con dificultad para acceder a los cuidados odontológicos en general, por su situación de institucionalización, por impedimentos físicos/patológicos o por la falta de ayuda y colaboración de familiares o cuidadores en general. En todos estos casos, sea cual sea el origen de la dependencia o “fragilidad”, la atención odontológica será diferente al resto de la población adulta.

Para tratar de identificar qué colectivos serían los más necesitados a la hora de prestar asistencia odontológica especializada, debemos tener en cuenta los modelos de atención a las personas en estado de dependencia en España. El 85% de la población dependiente sigue viviendo en la comunidad, y de ellos el 65% recibe únicamente ayuda informal, es decir, por parte de los familiares

básicamente, y el 19% reciben ayuda a domicilio pública o privada. El resto de población dependiente, un 15%, reciben toda la ayuda en las residencias donde están viviendo. Por tanto, el éxito en la atención odontológica a los mayores dependientes debe pasar, sin más remedio, por conseguir colaboración y comprensión principalmente de los familiares y también de los profesionales que aportan la ayuda a domicilio o cuidadores de centros geriátricos. (42)

2.9.1 Programas de asistencia odontológica para mayores dependientes institucionalizados

Según el informe 2008 del IMSERSO sobre los Servicios Sociales para personas mayores en España, podemos distinguir tres grupos de estructura asistencial: servicios públicos de atención a domicilio (ayuda a domicilio, teleasistencia, etc), servicios públicos y privados de atención diurna (hogares, club, centros de día para mayores dependiente, etc) y servicios públicos y privados de atención residencial. Los índices de cobertura a nivel de todo el territorio nacional son de 4.69% para los servicios a domicilio, 4.72% para la teleasistencia, 0.83% para los centros de día y 4.4% para las residencias geriátricas. La asistencia odontológica dirigida a estos grupos de población asistida es realmente escasa en nuestro país. Salvo raras excepciones la asistencia odontológica prestada pasa por la actividad privada o por la asistencia dental pública pero con desplazamiento del paciente a los centros de atención primaria. (53)

Un fenómeno que se ha presentado paralelo al envejecimiento de la población es la disminución del edentulismo, y el aumento del número de dientes conservados por persona, lo cual aumenta la necesidad de asistencia odontológica. Sin embargo muchos de los adultos mayores institucionalizados no están en condiciones de recibir tratamientos odontológicos, o no tienen acceso a los mismos por diferentes causas; por tanto, la prevención desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de una adecuada salud buco-dental en esta población. (42)

Los adultos mayores y particularmente el segmento más envejecido de éstos (80 y más años de edad), presentan mayor riesgo de desarrollar

enfermedades y dependencia debido a deterioro físico y cognitivo. Se ha demostrado que las personas que habitan en instituciones geriátricas y particularmente aquellas con deterioro cognitivo presentan una peor salud bucal, reflejada en mayor cantidad de úlceras linguales, hiperplasias, estomatitis subprótesis, xerostomía, así como peor higiene buco-dental y estado periodontal y mayor prevalencia de caries activa, tanto coronal como radicular. Con el avance del deterioro físico y/o mental, el estado de la salud buco-dental se hace cada vez más dependiente de la asistencia prestada por cuidadores. Sin embargo se ha reportado ampliamente que el cuidado bucal es comúnmente desatendido en las instituciones geriátricas, por causas atribuidas a los propios residentes: resistencia a recibir asistencia para el cuidado bucal, priorización de otras necesidades debido a limitaciones económicas; a los cuidadores: falta de tiempo, de conocimiento y/o desagrado para ejecutar esta labor, mal entendimiento o falta de apreciación sobre la relación de la salud buco-dental con la salud general, el bienestar y la calidad de vida; a las instituciones geriátricas: no priorizan los servicios odontológicos, deficiente soporte a los cuidadores para realizar esta labor, carencia de protocolos o guías sobre cuidados de la salud bucal; y a las instituciones reguladoras: falta de legislación y/o control sobre los cuidados de salud bucal proveídos por las instituciones geriátricas, falta de control sobre las instituciones que forman el recurso humano, para que incluyan en sus currículum la formación en el cuidado de la salud buco-dental. (80)

De tal forma que los programas y actividades de salud bucal desarrolladas en las instituciones geriátricas se encuentran influenciados por la visión que de ésta tengan tanto la administración (directores, jefes de personal) como el personal de cuidadores (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) y por la preparación y disposición que tengan los cuidadores para ejecutar esta labor. (80)

Regularmente, las instituciones geriátricas realizan una valoración de la salud del residente a su ingreso a la institución. Sin embargo, por lo general la salud bucal no es tomada en cuenta en esta valoración. Con el fin de facilitar esta tarea, deberían incluirse en la valoración inicial del residente, cuatro preguntas que darán una idea aproximada sobre la necesidad o no de una remisión inmediata a la consulta odontológica:

1. ¿Piensa que necesita algún tipo de tratamiento odontológico?
2. ¿Tiene algún problema cuando come?
3. ¿Tiene algún sitio doloroso en su boca?
4. ¿Cuánto hace que le hicieron su dentadura actual, o cuánto hace que no va al odontólogo?

Una respuesta positiva a cualquiera de las tres primeras preguntas o de dos o más años a la cuarta, será suficiente indicación, para remitir al residente a odontología. Además, esta valoración inicial informará sobre el estado de la salud bucal del residente y permitirá a la institución establecer un régimen de higiene bucal, que de acuerdo con el estado funcional y la capacidad de cooperación del residente, deberá buscar mantener la salud y función de la boca durante el mayor tiempo posible. (42)

(i) *Grado de independencia y necesidad de asistencia en el cuidado buco-dental.*

Según el grado de independencia funcional, los pacientes pueden clasificarse como independientes (válidos), frágiles (parcialmente dependientes, semi-válidos) y dependientes.

Con el fin de mantener y/o recuperar la salud bucal de los residentes, independientemente de su estado funcional, la institución deberá desarrollar programas de promoción y prevención de la salud bucal, que incluyan el fomento de la higiene buco-dental y protésica como parte de la rutina de cuidado diario de todos los residentes. Algunas de las actividades a fomentar por la institución geriátrica para todos sus residentes son:

- *Desarrollar y/o adoptar protocolos y guías para el cuidado diario de la salud bucal de los residentes, de acuerdo a su grado de dependencia funcional. De requerirse, buscar asesoría en las facultades de odontología y/o colegios y asociaciones profesionales de su localidad.*
- *Garantizar que los cuidadores (enfermeras y auxiliares de enfermería) cuenten con el tiempo requerido y con los elementos necesarios para asistir a los residentes en su higiene bucal y protésica diarias (incluir esta actividad en la rutina diaria de higiene de los residentes).*
- *Realizar charlas periódicas formativas y talleres prácticos sobre salud bucal a residentes y cuidadores.*

- *Garantizar que todos los residentes cuenten con los implementos necesarios para su cuidado buco-dental diario.*
- *Fomentar visitas odontológicas periódicas por parte de los residentes de acuerdo a su situación bucal: una o preferiblemente dos visitas anuales a aquellos residentes con todos o algunos dientes remanentes. Residentes desdentados totales que usan dentaduras postizas, al menos una vez cada dos años, llevando un registro que permita recordar a los residentes y/o sus familiares la concertación de las citas para la realización de dichos controles periódicos.*
- *Fomentar el retiro nocturno de las dentaduras removibles totales o parciales, dejándolas en lugares secos. En algunos casos será necesario sumergir la prótesis durante 30 minutos una vez a la semana en una dilución de hipoclorito sódico o en clorhexidina, con el fin de proteger los tejidos que soportan las prótesis, previniendo la aparición o controlando patologías como la estomatitis sub-prótesis.*
- *Tratar que los cuidadores recuerden o asistan a los residentes en la higiene bucal diaria y de ser necesario impartan las indicaciones requeridas para mejorar la calidad de ésta.*
- *Resulta importante recordar que las personas que han ingresado recientemente en una institución geriátrica presentan riesgo de depresión, mientras se adaptan a la vida de la institución (puede tomar hasta seis meses), lo cual puede manifestarse en abandono de las actividades del cuidado personal, entre ellas la higiene buco-dental; por lo que este grupo de residentes merecerá especial monitoreo por parte de la institución.*

La independencia funcional puede asumirse como un factor protector de la salud bucal en los adultos mayores institucionalizados. Algunos estudios han encontrado que la higiene dental y protésica en personas independientes residentes en instituciones geriátricas es mejor que la de residentes que requieren asistencia. Sin embargo, la independencia funcional *per se*, no garantiza ni la realización, ni la calidad de la higiene buco-dental. Por tanto, es importante que el personal de cuidadores monitoree la realización de la higiene bucal diaria en este grupo de residentes, recordándoles con gentileza la necesidad de llevarla a cabo y dándoles soporte, cuando se requiera, a través de indicaciones para mejorar su eficiencia. (29)

A medida que aumenta la fragilidad y la dependencia funcional, la capacidad del residente para hacerse cargo de su higiene oral se ve disminuida, lo que se refleja en un aumento de la acumulación de placa bacteriana. Esta situación, unida a una alta prevalencia de recesiones gingivales en este grupo poblacional y un alto consumo de medicamentos que disminuyen la cantidad de saliva producida, hace que aumente la incidencia de caries radicular, fracturas coronales y, por tanto, un incremento en la aparición de restos radiculares.

La progresiva incapacidad para realizar la higiene bucal y protésica, producto de la dependencia funcional y/o psíquica, limita además a estos pacientes para la asistencia y atención en un consultorio odontológico. Con el tiempo, en los

pacientes dependientes institucionalizados, se va configurando un cuadro caracterizado por presentar mayor extensión y severidad de la patología bucal, por un menor autocuidado y una menor cooperación con la asistencia prestada por los cuidadores, lo que se traduce en una transferencia de la responsabilidad del cuidado buco-dental del residente a los cuidadores y por ende a la institución. De aquí la importancia de que las instituciones geriátricas adopten y desarrollen una política de cuidado de la salud bucal a los residentes, la cual pasa por garantizar que su personal cuente con los conocimientos, tiempo y medios para ponerla en práctica, vinculando si es posible al núcleo familiar del residente en estas tareas. (60)

(ii) *Higiene buco-dental y protésica diaria en centros residenciales.*

Es fundamental hacer de la higiene bucal una rutina e integrarla en las tareas cotidianas del residente. De aquí que los siguientes elementos resulten básicos para conseguir este objetivo:

1. *Hacerla a la misma hora, idealmente después del desayuno y antes de acostarse.*
2. *Se debe realizar de manera ordenada y sistemática. Cuando existen, se recomienda retirar las prótesis de la boca antes de cepillar los dientes remanentes, con el fin de mejorar la higiene dental y prevenir el acúmulo de detritos debajo de la dentadura. Una vez terminado el cepillado dental, proceder a la limpieza de las dentaduras, prestando especial atención a la superficie interna de las mismas.*
3. *Tener en cuenta las zonas de mayor acúmulo de placa: la zona lingual de incisivos inferiores y vestibular de molares superiores.*
4. *Limpiar siempre la lengua y el paladar: la lengua debe ser siempre limpiada con suavidad, para esto puede emplearse un cepillo de cerdas suaves, un limpiador de lengua o gasas humedecidas en caso de pacientes encamados no cooperadores. En estos últimos, también es importante limpiar con una gasa el paladar, particularmente cuando usan dentaduras postizas.*
5. *Emplear ayudas mecánicas y químicas. En los residentes dependientes y encamados que no están en condiciones de cooperar con la higiene buco-dental, el empleo de ayudas como aparatos porta-hilo dental, cepillos interdetales, cepillos eléctricos, limpiadores de lengua, etc, facilita y mejora la eficiencia de la higiene. Así mismo, el control químico de la placa dento-bacteriana resulta una ayuda indispensable en este tipo de residentes. Para esto pueden emplearse una vez al día, barnices con flúor y clorhexidina aplicada en forma de barniz, enjuague, gel, o spray.*

El manejo de la salud bucal de personas con demencia y no cooperadoras, al igual que conseguir mejoras significativas en la higiene bucal de residentes dentados, siguen siendo aspectos a resolver en las instituciones geriátricas. Es necesario realizar trabajos sobre el abordaje interdisciplinario y las estrategias para el manejo de la salud buco-dental de los residentes dementes y/o no

cooperadores. Algunos expertos sugieren que las estrategias de manejo comportamental, el control químico de la placa dento-bacteriana, los productos fluorados y los cepillos eléctricos, son medidas a emplear en estos casos. Sin embargo no existen claras evidencias científicas que determinen el método ideal de control de la salud oral en este grupo de población. (42)

Así mismo, los estudios muestran que conseguir mejoras en la higiene dental con la magnitud necesaria para reducir la incidencia de caries, resulta más difícil que conseguir mejoras en la higiene protésica. La educación a los cuidadores es sólo una parte de la solución a este complejo problema, que requiere un abordaje interdisciplinario y que debe focalizar la atención de la profesión odontológica en el futuro inmediato. Las barreras psicológicas de cuidadores y personas mayores, para el abordaje de la cavidad bucal, una discusión ética sobre la autonomía del mayor, la legislación sobre cuidado integral de la salud en las instituciones geriátricas, el trabajo con los dueños de estas instituciones y todo su personal, son algunos de los problemas que requieren investigación. (42)

2.9.2. Programas de asistencia dental domiciliaria

Una de las principales alternativas al tratamiento odontológico clásico en este grupo de población es la asistencia dental domiciliaria. Ésta se define como “la provisión de cuidados de salud oral en el entorno donde las personas mayores viven de manera permanente o temporal, en contraposición a los cuidados odontológicos en una clínica dental convencional o móvil”. En España estos entornos son las residencias geriátricas, las unidades de larga estancia en los hospitales, las Unidades de Estancia Diurnas o los propios domicilios de los usuarios. Si tenemos en cuenta que alrededor del 1.5% de la población mayor entre 75-84 años y un 4.6% entre los mayores de 85 años viven en Residencias geriátricas, y que al menos el 20% de los mayores de 65 años viven “en soledad” (forma de convivencia no siempre equivalente a las consecuencias del desamparo familiar), podemos hacernos una idea del volumen de personas que necesitan de este tipo de asistencia sanitaria de manera prioritaria. El resto de mayores viven

en España principalmente con su pareja o con algún hijo. En algunos países como Dinamarca estos datos varían: uno de cada dos mayores vive solo. (60)

Por tanto el objetivo principal de este tipo de programas es prestar asistencia odontológica a los mayores que tengan dificultad para acceder a las clínicas dentales habituales. Se conseguirá así mantener unos niveles apropiados de salud oral con ausencia de infecciones y dolor, y permitiendo una mínima capacidad masticatoria. Obtendrán beneficios no sólo desde el punto de vista de la salud oral y general, sino que conseguirán una asistencia sociosanitaria digna, en un medio donde están acostumbrados a manejarse, evitando desplazamientos y alteraciones de sus actividades diarias. (60)

En España este tipo de servicios se limita a pequeños programas diseñados por Universidades o centros privados, sin conseguir coberturas suficientes como para mejorar el estado de salud oral de un núcleo de población. Sin embargo, en países como Reino Unido, existe una oferta y demanda real de este tipo de asistencia, con más de 75.000 visitas al año a personas mayores de 75 años. El incremento en la esperanza de vida de la población española, los datos observados en las últimas encuestas de salud oral y el porcentaje de mayores dependientes que viven en sus propios domicilios o residencias, son argumentos de peso suficientes para pensar en un crecimiento exponencial de la demanda de asistencia dental domiciliaria en nuestro país. (109)

En general todos estos programas de asistencia dental domiciliaria se caracterizan por utilizar como principal infraestructura equipos dentales portátiles, poco pesados y fáciles de transportar con un simple carro portaequipajes. Existen diversos tipos de equipamiento, desde los más simples, con los que se pueden realizar únicamente limpiezas dentales, hasta los más complejos, con los que se pueden llevar a cabo casi todas las intervenciones odontológicas que se realicen en un gabinete dental habitual, incluso sin corriente eléctrica. Dependiendo del tipo de visita, se utilizarán un tipo u otro de material. Las visitas más frecuentes suelen ser revisiones sistemáticas a domicilio, aportando normas de higiene oral directamente al usuario o al cuidador, y centrando la intervención en medidas preventivas eficaces según el grado de discapacidad del usuario. (42)

El personal que participa en el programa es normalmente dentista, higienista dental y/o auxiliar de ayuda a domicilio o auxiliar de clínica formado expresamente en mantenimiento de la higiene oral. En el caso de centros geriátricos u hospitales, la colaboración del personal sanitario es imprescindible para la buena coordinación y consecución del tratamiento dental. Todos estos programas llevan asociado un plan de formación para los cuidadores en temas de salud e higiene bucodental.

Son varios los inconvenientes que presentan estos programas. El principal problema es el coste que supone el desplazamiento de 1 o varios profesionales al domicilio del usuario, siempre que no estén contratados entre el personal cuidador del centro geriátrico. Las dificultades en las labores de coordinación para gestionar las visitas, el riesgo de accidentes en localizaciones no habilitadas para actos sanitarios, los problemas ergonómicos del profesional para atender a un paciente sentado u acostado y el alto coste en términos de tiempo que supone este tipo de asistencia, son otras de las muchas barreras existentes en la asistencia dental domiciliaria. Sin embargo, existen situaciones extremas en las que con toda probabilidad el desplazamiento de una persona mayor a un centro sanitario desde su domicilio, superará los costes de atención sanitaria.

Finalmente, es importante incentivar al profesional de la Odontología para que participe en este tipo de programas. Deben contar con una serie de habilidades como facilidad de comunicación, seguridad en sí mismo, destreza manual, capacidad de planificación, improvisación, capacidad de trabajo en grupo junto con la familia, personal médico u otros cuidadores y, por último, un mínimo de formación en el campo de la Gerodontología, conociendo las peculiaridades del pacientes geriátrico y con conocimientos suficientes en emergencias médicas.

(42)

2.9.3. Cuidados paliativos odontológicos

Los cuidados paliativos en odontología se refieren a la atención odontológica básica que deben recibir los pacientes en una situación extrema, donde el mantenimiento de la higiene oral no pueda realizarse con relativa normalidad. El objetivo principal de estos cuidados es proporcionar calidad de vida al paciente. Estos cuidados son esenciales en pacientes mayores en estado terminal y encamados, conscientes o inconscientes, pacientes en unidades de cuidados intensivos, pacientes oncológicos en situación terminal cuya patología o tratamiento afecte directamente a la cavidad bucal, y pacientes con sondas nasogástricas o con sondas de alimentación colocadas mediante gastrotomía endoscópica percutánea. Estos últimos cada vez son más frecuentes y con pronóstico más favorable. De hecho en algunos casos son pacientes con procesos reversibles, como algunos ACV, politraumatizados, quemaduras graves, anorexia nerviosa, malnutrición previa a trasplantes, tumores de cabeza y cuello, etc, y en otras ocasiones claramente irreversible, como los casos de ELA, esclerosis múltiple, demencias severas, malformaciones faciales, o estado de inmunosupresión avanzado. En todos los casos, la colocación de sondas alimentarias dificulta enormemente la higiene oral, bien por la presencia de la sonda, o bien por la ausencia de autoclisis. Finalmente, hay que tener especial cuidado también en pacientes con máscaras nasales de oxígeno y en pacientes intubados. En estos casos, además de la dificultad que entraña la higiene oral, es muy frecuente la aparición de xerostomía severa, ocasionando un claro malestar en el paciente además del riesgo de infecciones, caries y enfermedad periodontal.

(75)

Al ingreso del paciente en alguno de los lugares anteriormente referido es necesario una evaluación exhaustiva de su estado de salud oral, haciendo especial hincapié en la presencia de infecciones, alteración en la mucosa oral, caries o gingivitis previa, hidratación y si son o no portadores de prótesis dentales. Cada institución debería tener un protocolo de cuidado oral general, y capacidad para elaborar un plan de cuidado individualizado para cada paciente en función del riesgo que presenten. El personal de enfermería debe recibir entrenamiento

anual para detectar patología oral en fases precoces y consultar con personal especializado.

Es importante también prestar atención a signos que puedan indicar lesiones bucodentales: mal aliento, sangrado de encías, gestos de dolor al tomar líquidos calientes o fríos, dolor al presionar la prótesis ligeramente, la negación a tomar alimentos duros, pérdida de apetito, pérdida de peso, etc. Se recomienda evitar el tabaco, alcohol y alimentos irritantes (ácidos, picantes) o muy calientes. Si el paciente es portador de prótesis removible y la utiliza debe mantenerse la limpieza de la prótesis tras las comidas y no ponerla durante las noches. En caso de desajuste de la prótesis, dieta blanda o intubación es recomendable valorar su retirada definitiva. En pacientes intubados se debe cambiar de posición el tubo con frecuencia para evitar lesiones en labios. (75)

La sequedad bucal, junto con el dolor dental, es quizás el principal problema en estos pacientes. Se estima que más del 60% de los pacientes con aporte de oxígeno, respiración oral, aspiración frecuente de vías aéreas, polimedicados, intubados y con restricciones de comida y bebida por vía oral, presentan sequedad de la mucosa oral. Es importante valorar la medicación del paciente y sus efectos sobre la secreción de saliva, así como recomendar su retirada o sustitución siempre que sea posible. En estos casos, cada 2-3 horas hay que facilitarles el enjuague o humedecer la boca del paciente con una gasa con agua con o sin limón, manzanilla o suero salino. Chupar pequeños cubitos de hielo puede aliviar tanto la sequedad de mucosas como el dolor por estomatitis. También es importante mantener una buena hidratación sistémica del paciente, siempre que su patología lo permita. Las diferentes líneas de productos existentes en el mercado para la xerostomía pueden ser útiles en estos casos, siempre que los cuidadores las apliquen adecuadamente (por ejemplo, impregnando una gasa con el líquido o gel seleccionado y pasándolas por toda la mucosa oral y lengua). No está recomendado el uso de la vaselina ni de colutorios con alcohol por secar e irritar más aun la mucosa y porque en el caso de la vaselina evita el "lavado" de patógenos que realiza la propia saliva. (75)

También es relativamente frecuente la aparición de úlceras orales o mucositis tras quimioterapia. Si son traumáticas, el tratamiento pasa por retirar el elemento que la provoca (prótesis, borde cortante, sondas, etc). Si las úlceras son

a causa de la patología propia del paciente por el tratamiento farmacológico, se recomienda el uso de anestésicos locales en crema o enjuagues antes de cada comida. El uso de gel de ácido hialurónico o de preparados de corticoides locales puede ser también beneficioso. El tratamiento y prevención de la mucositis se realizará en función de la gravedad del proceso. El uso de enjuagues de clorhexidina, agua bicarbonatada o agua oxigenada para eliminar detritus a nivel oral, son medidas paliativas recomendadas para la prevención de las mucositis. Los casos de sobreinfección por candida o herpes, deberán ser tratados con antifúngicos y antivirales tópicos y/o sistémicos. (75)

La higiene oral debe realizarse al menos una o dos veces al día. Una buena higiene bucodental puede disminuir la aparición de neumonías por aspiración y de infecciones respiratorias en pacientes con ventilación asistida. Si el paciente está inconsciente, para la higiene oral de debe colocar al paciente en decúbito lateral o con la cabeza girada a un lado. Si el paciente está consciente pero necesita ayuda, lo colocaremos en la cama sentada o semiincorporada (posición de Fowler) y si no puede incorporarse, lo colocaremos en decúbito lateral a un lado de la cama. Si el paciente está intubado hay que asegurar bien el tubo antes de comenzar las maniobras de limpieza bucodental. (118)

Para la higiene oral se puede utilizar un cepillo de dientes normal. Si no es posible, se puede usar un cepillo eléctrico, un cepillo infantil de cabezal más pequeño y cerdas blandas, un aplicador, depresor o pinzas largas con una torunda de gasa en el extremo o, en caso extremo, el dedo enguantado envuelto en una gasa. La limpieza debe incluir todas las partes de la boca: dientes, paladar, lengua, mejillas y fondos de vestíbulo. Los dientes se cepillan de gingival a incisal y las superficies mucosas de atrás hacia delante. No conviene posicionar el cepillo o utensilio que usemos en zonas posteriores de la boca para evitar estimular el vómito.

La higiene oral debe acompañarse de aspiración de líquidos si el paciente tiene dificultades para tragar (disfagia) o existe riesgo de aspiración. Si el paciente está inconsciente o el riesgo de aspiración es alto debe evitarse el cepillado con pasta y realizar la higiene oral con una gasa empapada en colutorio o gel antiséptico (por ejemplo, clorhexidina al 0,12%) sin alcohol y bien escurrida. (118)

Si el paciente tiene dientes, valorar la aplicación de barnices de flúor y/o de clorhexidina. Es importante mantener los labios y comisuras secos y humidificados con cremas hidratantes. En el caso de portadores de prótesis, hay que retirar las prótesis diariamente, lavarlas con agua y jabón después de cada comida y sumergirlas en una solución 1:6 con hipoclorito sódico durante 30 minutos una vez a la semana. Cuando no esté en la boca, la prótesis debe almacenarse en un lugar húmedo. (118)



3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA



1. OBJETIVOS

Principal

Realizar una encuesta con la finalidad de obtener información sobre varios aspectos relacionados con la Salud Oral en la población de edad avanzada en Galicia.

Específicos

1. Conocer el nivel de salud oral y los hábitos de higiene bucal en la población de edad avanzada.
2. Conocer el uso de los servicios odontológicos por la población de edad avanzada.
3. Conocer el nivel de calidad de vida oral en la población de edad avanzada.
4. Ver la influencia que tiene la accesibilidad a los centros de salud en relación a la salud bucodental de las personas de edad avanzada.

2. HIPÓTESIS

1. La salud bucodental de las personas mayores en Galicia es pobre y deficiente.
2. Los hombres tienen una menor preocupación por su salud general y bucodental, así como una higiene y utilización de productos de higiene menor que las mujeres.
3. A medida que aumenta la edad, acudir al dentista es un hábito que sólo se realiza si hay dolor; no como algo rutinario. Esto puede influir en la salud bucodental e incrementar la prevalencia de patología.
4. Las personas mayores de las áreas rurales o semirurales tienen un peor cuidado de su boca y acuden al dentista de forma menos frecuente y para tratamientos menos conservadores.
5. Una mala salud bucodental va a provocar un descenso de la calidad de vida de los mayores.
6. Problemas de accesibilidad a los centros asistenciales de odontología van a provocar un deterioro de la salud bucodental de los ancianos en Galicia.

4. MATERIAL Y MÉTODO





Este trabajo de investigación se ha planteado para estudiar la salud bucodental de la población mayor en Galicia. Sabemos que la patología de la mucosa oral y la xerostomía son las enfermedades más prevalentes de este rango de edad, pero nos hemos basado en el cuestionario elaborado y validado para el estudio EGOHID de indicadores europeos, en el cual no hace ningún tipo de referencia a esta patología. De todas formas creemos que sería motivo de otro estudio de investigación.

Según las técnicas de investigación científica, mediante la entrevista de un grupo y en un mismo momento en el tiempo, se diseñó este trabajo como un estudio no experimental, seccional, descriptivo y transversal, donde se observa el estado de la salud bucodental en una población y la presencia y relación de varios factores o variables basadas en una observación directa y una técnica de recogida de datos en un momento determinado.

4.1 Muestra

Teniendo presentes los objetivos del estudio, se definió la población considerando a todas las personas de ambos sexos, de 65 o más años censados en Galicia según los datos del Padrón de Habitantes de 2012. Definida la población, se procedió a su agrupación teniendo presente 3 variables de estratificación, que se consideraron relevantes para los objetivos fijados:

- En primer lugar se tuvo en cuenta la variable **hábitat**, agrupando a los ayuntamientos de acuerdo con su censo en iguales o inferiores a 20.000 habitantes (rural-semirural) y mayores de 20.000 habitantes (semiurbano-urbano).
- La segunda variable de estratificación considerada fue la **edad**, agrupando a los sujetos de 65 a 74 años en una categoría y de más de 75 años en otra.
- Por último, se procedió a la agrupación de la población atendiendo a la variable **sexo** (hombres y mujeres).

De acuerdo con los datos disponibles en el Instituto Gallego de Estadística (referidos como ya indicamos a 2012), el tamaño de la población teniendo presente las variables antes mencionadas, es de 635.879 personas, de las cuales un 10% serían institucionalizados, en nuestro caso 40. Por otro lado, la

consideración de dichas variables conjuntamente hizo que la población quedara finalmente agrupada en 8 estratos, con los tamaños que a continuación se indica:

	EDAD	HOMBRES	MUJERES
Rural/Semirural (≤20.000 hab)	65-74	76.089	84.780
	+75	82.072	127.241
Urbano/Semiurbano (>20.000 hab)	65-74	57.320	69.797
	+75	51.005	87.575

Por provincias, dentro de **A Coruña** (y según datos del IGE referidos a censo de 2012) los ayuntamientos semiurbanos/urbanos son los siguientes: Carballo, Ribeira, Arteixo, A Coruña, Oleiros, Ferrol, Narón y Santiago. De la provincia de **Lugo**, el ayuntamiento de Lugo; de la provincia de **Ourense**, el ayuntamiento de Ourense. Finalmente de la provincia de **Pontevedra**, los ayuntamientos semiurbanos/urbanos son los siguientes: Lalín, Cangas, Marín, Pontevedra, Vilagarcía de Arousa, Estrada, Redondela y Vigo. Los restantes ayuntamientos de las 4 provincias son rurales o semirurales. (Figura 38)

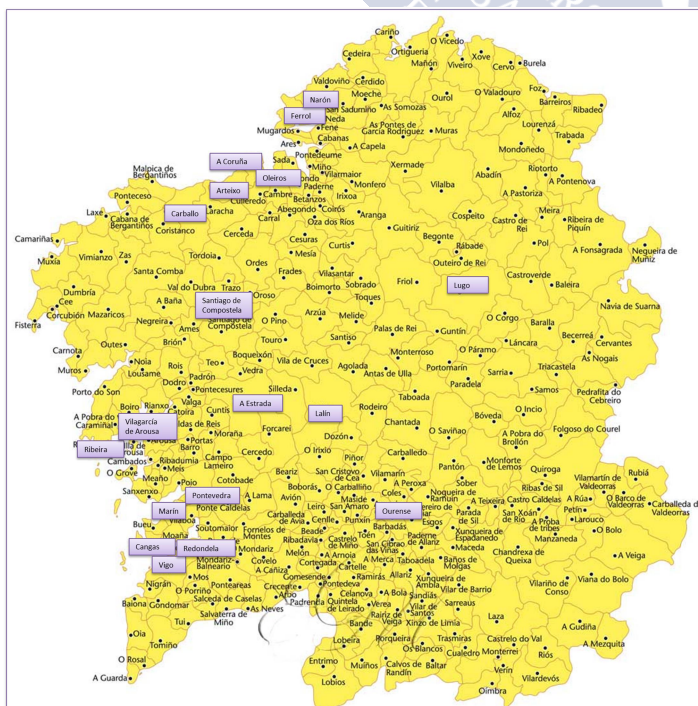


Figura 38.- Mapa de Galicia por municipios (marcados >20.000 habs)

Teniendo en cuenta los datos referidos a la población objeto de estudio, se procedió a determinar el tamaño de la muestra, de la que presentamos a continuación su

Ficha técnica:

Ámbito: Galicia

Universo: Población de ambos sexos, de 65 o más años empadronados en Galicia (N=635.879)

Tipo de entrevista: Personal

Tamaño de la muestra: n=455

Tipo de muestreo: Aleatorio estratificado

Selección de la muestra: Afijación proporcional por tamaño de hábitat, edad y sexo.

Error muestral: Con un nivel de confianza de 95,5% (2 sigmas) y P=Q como caso más desfavorable, el error máximo permitido para el tamaño de la muestra es de $\pm 4,6\%$

La recogida de datos se enmarcó en el periodo entre Octubre de 2012 y Marzo de 2015 en toda la Comunidad Autónoma de Galicia a aquellos sujetos que contestaban afirmativamente a la pregunta “¿Es usted mayor de 65 años?” y aceptaban la realización de la entrevista.

Consideramos que el muestreo aleatorio estratificado es más adecuado para nuestros objetivos, por lo que la muestra que vamos a seleccionar estará estratificada manteniendo los estratos de población. Además, se optó por una afijación proporcional dado que teníamos datos de cada uno de los estratos en la población. En la tabla que se presenta a continuación se recoge la distribución de los elementos (sujetos) de la muestra una vez afijada:

AFIJACIÓN DE LA MUESTRA (n=455)

	EDAD	HOMBRES	MUJERES
Rural/Semirural (≤ 20.000 hab)	65-74	54	61
	+75	59	91
Urbano/Semiurbano (> 20.000 hab)	65-74	41	51
	+75	36	62

4.2 Sistema de selección

Se estableció como criterio de inclusión y selección de la muestra la edad mínima de 65 años, con el fin de tener unos parámetros de comparación según los grupos de edad recomendados por la Organización Mundial de la Salud, para estudios epidemiológicos.

Las personas seleccionadas deberían de tener una edad igual o superior a los 65 años, ser independientes psicológicamente, comprender y estar de acuerdo con llevar a cabo la encuesta. Previa a la entrevista, cada persona firma un consentimiento informado (Anexo 2).

Como parámetros de exclusión se determinó tener una edad inferior a los 65 años, y también todas las personas que tengan algún tipo de enfermedad que las incapacite mentalmente a la hora de contestar.

Del total de la muestra también hemos encuestado a personas institucionalizadas para poder comparar si existían diferencias a la hora de la salud oral con las personas que viven en su hogar.

4.3 Cuestionario

El cuestionario utilizado se corresponde con el cuestionario elaborado y validado para el estudio EGOHID de indicadores europeo. Ese cuestionario ha sido en su día validado en nuestro país, tanto en su componente científico como lingüístico. (63)

A pesar de que el estudio se realizó en la Comunidad Autónoma de Galicia, donde el idioma que se habla con más frecuencia es el gallego, hemos realizado el cuestionario en castellano, para evitar sesgos a la hora de interpretación. El tiempo estimado de duración de cada una de las encuestas fue aproximadamente 15 minutos.

La encuesta se realiza por la calle aleatoriamente y de manera personal, intentando que la persona lo comprenda de la mejor forma posible. La duración aproximada de cada cuestionario es de unos 15 minutos, realizada siempre por el mismo explorador.

Se trata del cuestionario utilizado en la Encuesta Poblacional en España en 2010 (Ver anexo 1) pero sin analizar datos referentes a la población infantil, y consta de 33 preguntas agrupadas en 4 bloques:

- **Datos demográficos:** 6 preguntas
 - Localidad
 - Edad
 - Sexo
 - Estado civil
 - Institucionalizado / no institucionalizado
 - Vive solo o acompañado
 - Profesión

➤ **Salud oral y hábitos:** 14 preguntas

- ¿En qué medida le preocupa a usted actualmente su estado general de salud?
- ¿En qué medida le preocupa a usted actualmente su estado de salud bucodental?
- ¿Usa prótesis?
- ¿Le sangran las encías?
- ¿Tiene los dientes sensibles?
- ¿Tiene caries sin empastar?
- ¿Tiene dientes que se mueven?
- ¿Dolor o dificultad al abrir o cerrar la boca?
- ¿Dentadura natural o postiza?
- ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?
- Dígame si utiliza alguna vez los siguientes productos para la higiene de la boca
- ¿Con qué frecuencia utiliza usted colutorio o enjuagues bucales?
- ¿Cree que una buena alimentación equilibrada influye en la salud bucodental?
- ¿Lleva algún implante dental?

➤ **Uso de los servicios odontológicos:** 6 preguntas

- ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista?
- ¿Con qué frecuencia cree usted que hay que ir al dentista?
- ¿Recuerda el motivo por el que visitó al dentista en la última ocasión?
- ¿Fue al dentista en los últimos dos años?
- ¿Ha influido la crisis económica en su asistencia al dentista?

- Si usted tuviese o necesitase prótesis dental. ¿Asistiría a la clínica dental de un dentista o al laboratorio de un protésico?

➤ **Dimensión calidad de vida: 8 preguntas**

- ¿Cómo diría que ha sido su estado de salud general en los últimos 12 meses?
- ¿Con que frecuencia en los últimos 12 meses ha tenido usted dificultades para comer debido a problemas bucales o dentales?
- ¿Con que frecuencia ha tenido usted dolores de dientes o de encías en los últimos 12 meses?
- ¿Ha tenido problemas en su boca, dientes o dentadura postiza en los últimos 12 meses?
- En los últimos 12 meses, ¿a usted evitado sonreír o reírse por la apariencia de sus dientes o dentadura?
- En los últimos 12 meses, ¿ha evitado entablar alguna conversación por la apariencia de sus dientes/dentadura?
- ¿Con que frecuencia en los últimos 12 meses ha tenido usted dificultades para llevar a cabo su actividad laboral por problemas bucales o dentales?
- ¿Con que frecuencia en los últimos 12 meses ha tenido que reducir su participación en actividades sociales por problemas bucales o dentales?

4.4 Metodología utilizada para la el estudio de la accesibilidad a los Centros de Atención bucodental de Galicia.

Galicia se divide en 7 Gerencias o Área Sanitarias: Lugo, Orense, Santiago, Vigo, Ferrol, Pontevedra y A Coruña. Cada una de ellas tiene diferentes Centros de Salud de Atención Primaria con Unidades de Salud Bucodental (USBDB) hasta completar un número total de 82. (Figura 39)

XERENCIA DE A. P. DE LUGO:

- USBDB Becerreá
- USBDB Burela
- USBDB Chantada
- USBDB A Fonsagrada
- USBDB Guitiriz
- USBDB Lugo
 - USBDB Praza del Ferrol
 - USBDB Illas Canarias
 - USBDB Fingoi
 - USBDB A Milagrosa
 - USBDB San Roque
- USBDB Monforte de Lemos
- USBDB Ribadeo
- USBDB Sarria
- USBDB Villalba
- USBDB Viveiro

XERENCIA DE A. P. DE ORENSE:

- USBDB Allariz
- USBDB Bande
- USBDB O Barco
- USBDB Carballiño
- USBDB Castro Caldelas
- USBDB Celanova
- USBDB Xinzo de Limia
- USBDB Maceda
- USBDB Orense:
 - USBDB Novoa Santos
 - USBDB A Ponte
 - USBDB A Cuña
 - USBDB Valle Inclán
 - USBDB Carballeira
- USBDB Pobra de Trives
- USBDB Ribadavia
- USBDB A Rúa
- USBDB San Cristovo de Cea
- USBDB Verín

XERENCIA DE A. P. DE SANTIAGO:

- USBDB Fontiñas
- USBDB Boiro
- USBDB A Estrada
- USBDB Lalín
- USBDB Melide
- USBDB Muros
- USBDB Noia
- USBDB Ordes
- USBDB Padrón
- USBDB Riveira
- USBDB Santa Comba

XERENCIA DE A. P. DE VIGO:

- USBDB Cangas
- USBDB A Cañiza
- USBDB A Guardia
- USBDB Moaña
- USBDB Val Miñor
- USBDB Porriño
- USBDB Ponteareas
- USBDB Redondela
- USBDB Tui
- USBDB Vigo:
 - USBDB Beiramar
 - USBDB Coia
 - USBDB Teis
 - USBDB Rosalía de Castro

XERENCIA DE A. P. A CORUÑA:

- USBD Abente y Lago
- USBD Casa do Mar
- USBD Ventorrillo
- USBD San José
- USBD Arteixo
- USBD Betanzos
- USBD Carballo
- USBD Cee
- USBD Culleredo
- USBD Oleiros
- USBD Sada

XERENCIA DE A. P. DE FERROL:

- USBD Carranza
- USBD Fontenla Maristany
- USBD Fene
- USBD Narón
- USBD Ortigueira
- USBD Pontedeume
- USBD As Pontes

XERENCIA DE A. P. DE PONTEVEDRA:

- USBD A Parda
- USBD Lárez
- USBD Cambados
- USBD Casa do Mar
- USBD Bueu
- USBD Sanxenxo
- USBD Villagarcía

XERENCIAS E UNIDADES DE SAÚDE BUCODENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA



Figura 39: Gerencias y Unidades de Salud Bucodental de Atención Primaria.

Se realiza en primer lugar una entrevista personal a todos los odontólogos de los Centros de Salud de Atención Primaria de Galicia para determinar según su opinión, el porcentaje de personas mayores que se atienden, instrumental y material necesario, accesibilidad al centro y al gabinete odontológico, niveles

asistenciales, etc. mediante una entrevista personal y visita al centro de salud. (Anexo 3).

En segundo lugar, estudiamos las características arquitectónicas y asistenciales de cada uno de los centros de salud de Atención Primaria de Galicia exigidas por la ley. Dicha ley es la 13/1982 de integración social de minusválidos (España) y la ley 8/1997 de accesibilidad y supresión de barreras (Galicia). (Anexo 4) (53)

1. Reserva de plazas de aparcamiento para minusválidos: deberá existir al menos una plaza para minusválidos en cada centro.
2. Paso de peatones frente a la entrada: comprobamos si existe o no un paso de peatones frente a la entrada que permita un buen acceso al interior del edificio.
3. Acceso al centro: debe de existir una anchura mínima libre de obstáculos de 1,50m.
4. Rampas: las rampas según la normativa, deben de tener una anchura mínima de 1,50m, la pendiente máxima longitudinal estará determinada según la longitud de la rampa (<3m----10%, 3-10m----8%, >10m----6%), tramos de giro de 90°, es decir, debería de tener un área que permita inscribir un círculo de 1,50m de diámetro y por último, debe existir un pasamanos a una altura de 0,90m, y uno opcional a 0,70m.
5. Ascensores: poseerán las siguientes dimensiones mínimas: anchura de 1,10m, profundidad de 1,40m, puertas automáticas con una anchura de 0,80m y botoneras situadas a una altura entre 0,90 y 1,40m.
6. Aseos:
 - a. Área que permita inscribir un círculo de 1,50m de diámetro.
 - b. Lavabo: será sin pedestal ni mobiliario inferior. Tendrá una altura de 0,85m sobre el nivel del suelo. La grifería será de presión o palanca.
 - c. Inodoro: tendrá una altura comprendida entre 0,45-0,50m sobre el nivel del suelo y dispondrá de barras a ambos lados.

El material utilizado para las mediciones es un flexo metro de construcción de 3 metros, un nivel de burbuja y un nivel láser (Figura 40). Para las medidas

lineales se utilizó el flexo metro y para la inclinación de las rampas usamos dos alternativas:

- Un nivel de burbuja de 0,50m de longitud y un flexo metro. Para ello, se coloca el nivel en el punto cero (punto más alto) de la rampa, manteniéndolo de forma que la burbuja se encuentre equidistante de los dos extremos. A continuación, se mide la distancia desde el extremo del nivel hasta la rampa, siendo la inclinación de la misma esa medida multiplicada por 2. (Figura 41)
- Nivel láser: se basa en la determinación de cualquier pendiente por medio de una fórmula trigonométrica. Se marcan dos puntos, punto 1 y punto 2, y a través de la fórmula, $\text{pendiente} \% \alpha = \frac{\text{sen } \alpha}{\text{cos } \alpha} \times 100$ obtenemos la inclinación de la rampa. (Figura 42):



Figura 40: Flexo metro, nivel de burbuja, nivel láser.



Figura 41: Pendiente calculada con nivel de burbuja.



Figura 42: Pendiente calculada con nivel láser.

Para facilitar el análisis estadístico, hemos agrupado los centros de salud según accesibilidad en:

- Bueno: aquellos que cumplían más de 15 características arquitectónicas.
- Regular: aquellos que cumplen entre 8-15 características.
- Mal: aquellos que cumplen menos de 8 características incluidas en la ley.

4.5 Análisis estadístico

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de porcentajes, así como los estadísticos de tendencia central y de dispersión. Además, se realizaron comparaciones de medias en función del género y edad.

Para analizar la relación de dependencia o independencia entre las variables de nuestro estudio realizamos tablas de contingencia. Posteriormente, para el contraste estadístico de la relación de dependencia de las variables nos basamos en el chi-cuadrado, cuyo cálculo nos permitirá afirmar con un nivel de confianza estadístico determinado si los niveles de una variable cualitativa influyen en los niveles de la otra variable nominal analizada.

Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19.

5. RESULTADOS





DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En la Figura 43, se exponen los datos demográficos relativos a la muestra estudiada:

	Variable	Frecuencia	%
Habitat	Rural	265	58,2
	Urbano	190	41,8
Edad	65-75 años	207	45,5
	>75 años	248	54,5
Sexo	Hombre	190	41,8
	Mujer	265	58,2
Estado civil	Casado/Pareja	267	58,7
	Soltero	46	10,1
	Viudo	132	29,0
	Separado	10	2,2
Residencia	Institucionalizados	40	8,8
	Hogar	415	91,2
	Solos		75 (18,1%)
	Acompañados		340 (81,9%)
Total		455	

Figura 43.- Datos demográficos de la muestra del estudio

5.1 ESTADO DE SALUD ORAL

La OMS en Abril de 2012, define la salud bucodental como “ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.

La salud bucodental de las personas mayores es muy difícil de medir a través de una entrevista personal, pero vamos a basarnos en el estudio de cinco variables y su relación con la edad y sexo. El resultado lo podemos observar en la Figura 44:

Salud oral

	Total	Sexo	Edad
Sangrado	251 (55,2%)	100 ♂(39,84%)	117 <75a (46,61%)
		151 ♀(60,16%)	134 >75a (53,39%)
Dientes sensibles	260 (57,1%)	101 ♂(38,85%)	128 <75a (49,23%)
		159 ♀(61,15%)	132 >75a (50,77%)
Caries	130 (28,6%)	60 ♂(46,15%)	50 <75a (38,46%)
		70 ♀(53,85%)	80 >75a (61,54%)
Movilidad	169 (37,1%)	78 ♂(46,15%)	74 <75a (43,79%)
		91 ♀(53,85%)	95 >75a (56,21%)
ATM	50 (11,0%)	14 ♂(28%)	8 <75a (16%)
		36 ♀(72%)	42 >75a (84%)

Figura 44.- Resultados obtenidos referentes a la salud oral en la muestra estudiada.

Si analizamos cada uno de estos problemas individualmente, podemos ver que la alteración bucodental más frecuente entre nuestros pacientes es la sensibilidad (57,1%), seguida de la gingivitis (55,2%), movilidad (37,1%), caries sin obturar (28,6%) y problemas de apertura y cierre (11%). Por lo tanto, observamos que la salud bucodental de las personas mayores en Galicia es pobre y deficiente tal y como señalamos en la primera hipótesis de nuestro estudio.

Consideramos la **edad** como uno de los factores que pueden empeorar cada uno de estos signos de patología bucodental. Pero en nuestro estudio solamente existen diferencias significativas estadísticamente en las caries sin obturar ($P<0.05$), y sobre todo en los problemas de la ATM ($P<0.01$), en el resto de las patologías, aunque influye no existen diferencias significativas con respecto a la edad del paciente.

Otros de los factores que influyen de manera significativa en la salud oral de los mayores es su **hábitat**, ya que existen diferencias importantes en cuanto al sangrado ($P<0.01$), a la sensibilidad ($P<0.01$), movilidad ($P<0.01$) y a problemas de ATM ($P<0.05$). No hemos encontrado diferencias en cuanto a la caries sin obturar. Si podemos afirmar que la salud oral más deteriorada se encuentra entre las poblaciones rurales/semirurales.

Por último, si relacionamos estos factores con el **sexo**, los resultados de salud oral son similares tanto en hombres como en mujeres. Solamente los problemas de ATM son más frecuentes entre el sexo femenino.

En relación a las diferencias que puedan existir entre los pacientes institucionalizados y no institucionalizados hemos encontrado que las únicas patologías en la que observamos diferencias significativas son la gingivitis y alteraciones de ATM ($P<0,05$), que aparecen más frecuentemente en los primeros.

Preocupación Salud General

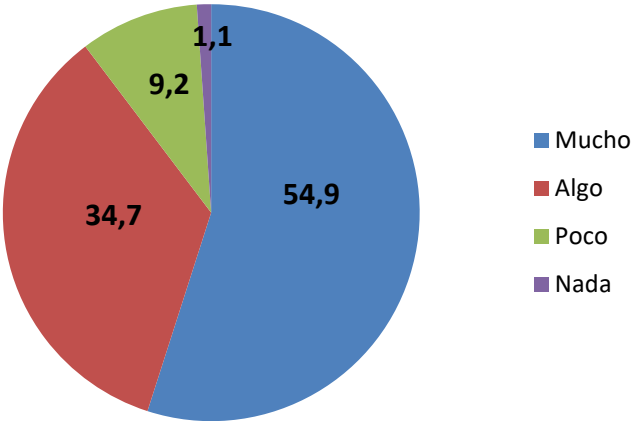


Figura 45.- Preocupación de la salud general en nuestros pacientes

Preocupación salud bucodental

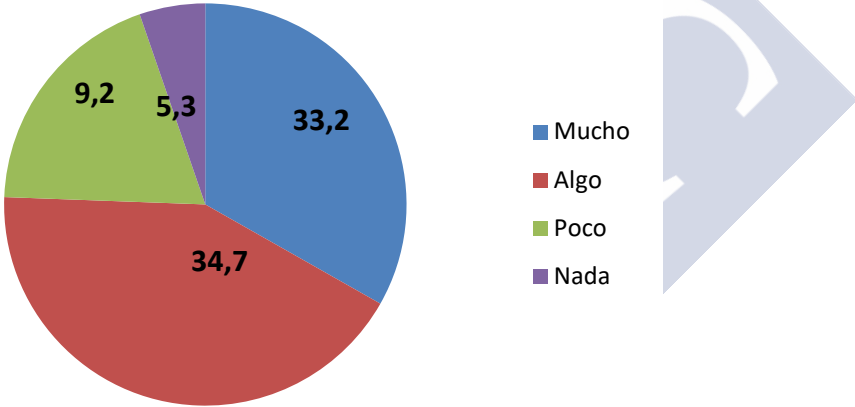


Figura 46.- Preocupación de la salud bucodental en nuestros pacientes.

Salud General

Sexo	Mucho	Algo	Poco	Nada
Masculino (190)	75	86	27	2
Femenino (265)	175	72	15	3
	250	158	42	5

Figura 47.- Preocupación por la salud general en función del sexo.

Salud bucodental

Sexo	Mucho	Algo	Poco	Nada
Masculino (190)	39	91	45	15
Femenino (265)	112	102	42	9
	151	193	87	24

Figura 48.- Preocupación por la salud bucodental en función del sexo.

Salud General

Edad	Mucho	Algo	Poco	Nada
De 65-75 años (209)	116	76	15	2
Mayor de 75 años (246)	134	82	27	3
	250	158	42	5

Figura 49.- Preocupación por la salud general en función de la edad.

Salud Bucodental

Edad	Mucho	Algo	Poco	Nada
De 65-75 años (209)	84	84	32	9
Mayor de 75 años (246)	67	109	55	15
	151	193	87	24

Figura 50.- Preocupación por la salud bucodental en función de la edad.

El 54,9% de los encuestados afirma preocuparse de su salud general, en cambio solamente el 33,2% se preocupa por su salud bucodental. El 74,7% afirma que una buena alimentación influye en la salud oral. En nuestro estudio existen diferencias significativas sobre la preocupación por la salud general y bucodental en relación al sexo ($P < 0.01$), las mujeres se preocupan más de la salud general y bucodental, confirmando así lo que señalamos en la segunda hipótesis del estudio.

La edad no influye en la preocupación por la salud general aunque sí que lo hace respecto a la salud oral (a medida que aumenta la edad, mayor es la preocupación, $p < 0,05$). (Figura 51). El hábitat no condiciona la preocupación por la salud general, pero sí existen diferencias en la preocupación por la salud bucodental, ($P < 0,05$). (Figura 45 y Figura 46).

Salud General

Hábitat	Mucho	Algo	Poco	Nada
Rural/semirural (265)	137	99	27	2
Urbano/semiurbano (190)	113	59	15	3
	250	158	42	5

Figura 51.- Preocupación por la salud general en función del hábitat.

Salud Bucodental

Hábitat	Mucho	Algo	Poco	Nada
Rural/semirural (265)	69	122	59	15
Urbano/semiurbano (190)	82	71	28	9
	151	193	87	24

Figura 52.- Preocupación por la salud bucodental en función del hábitat.

En cuanto a la relación entre el hábitat y la preocupación por la salud general no existen diferencias. Sí que existe una relación muy significativa ($P < 0.05$) entre el lugar donde se vive y la preocupación por la salud bucodental,

siendo las áreas rurales o semirurales donde hemos encontrado una menor preocupación. (Figura 51 y 52).



5.2 HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

5.2.1 Frecuencia de cepillado (Figura 53 y Figura 54):

El 16,6% de la muestra afirma cepillarse los dientes tres veces al día, otro 16,6% lo hace al menos dos veces al día, un 32,5% una vez al día, y existe un 34,2% que sólo se cepilla algunos días a la semana.

Este porcentaje es calculado del total de personas mayores que tienen dientes naturales, que serían 421, (92,5% del total), por lo tanto un 7,5% de la muestra tienen prótesis completa. (Figura 53)

FRECUENCIA CEPILLADO

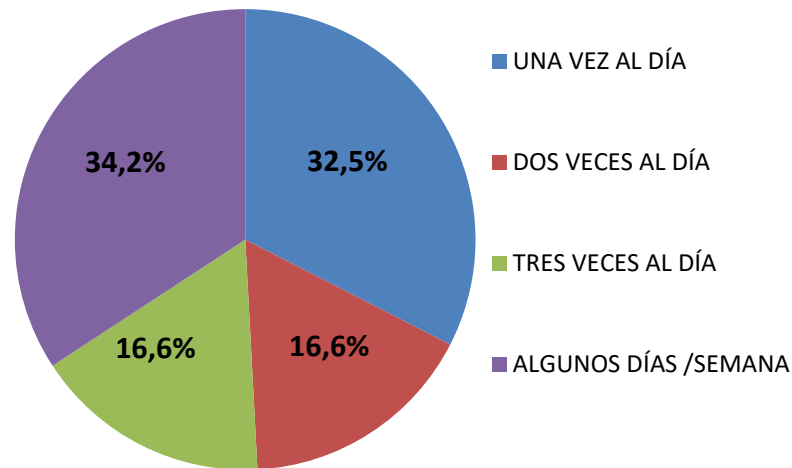


Figura 53.- Frecuencia de cepillado

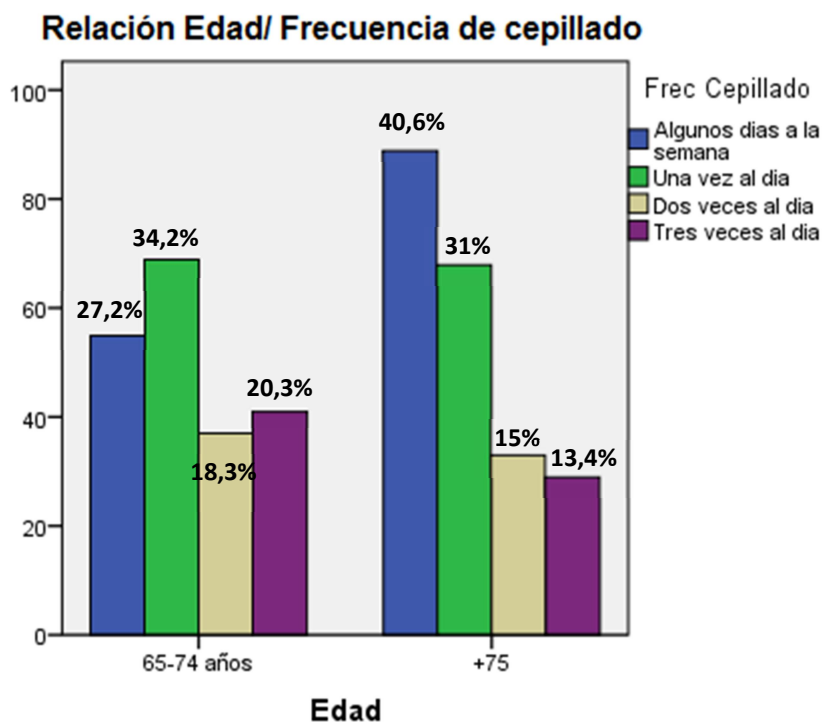


Figura 54.- Relación entre la edad y la frecuencia de cepillado

En nuestro estudio no existen diferencias significativas si comparamos la frecuencia de cepillado en relación al sexo. Sí que existen en relación a la edad, a mayor edad se observa una menor frecuencia de cepillado ($P < 0.05$) (Figura 54). No encontramos diferencias significativas entre pacientes institucionalizados y no institucionalizados.

5.2.2 Uso de métodos auxiliares de higiene:

Del total de la muestra, un 46,8% afirma no usar ningún método auxiliar de higiene oral. De los que sí los usan, lo más habitual es la utilización de enjuagues bucales (49%). No son uso rutinario los cepillos interdentes (2,2%) y la seda interdental (0,2%) (Figura 55).

La utilización de los colutorios orales es de forma esporádica 22,2%, un 10,5% algunos días a la semana, 14,7% una vez al día y 3,5% más de una vez al día. (Figura 56).

Productos de Higiene

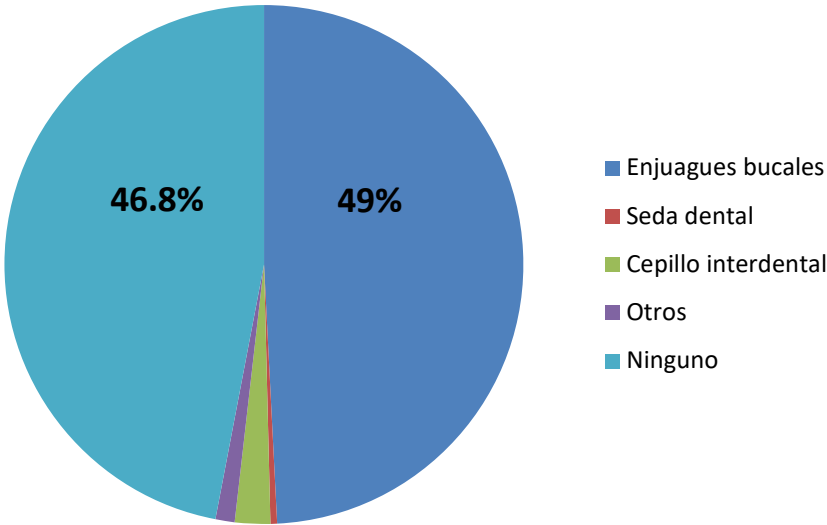


Figura 55.- Uso de métodos auxiliares de higiene

Frecuencia colutorio

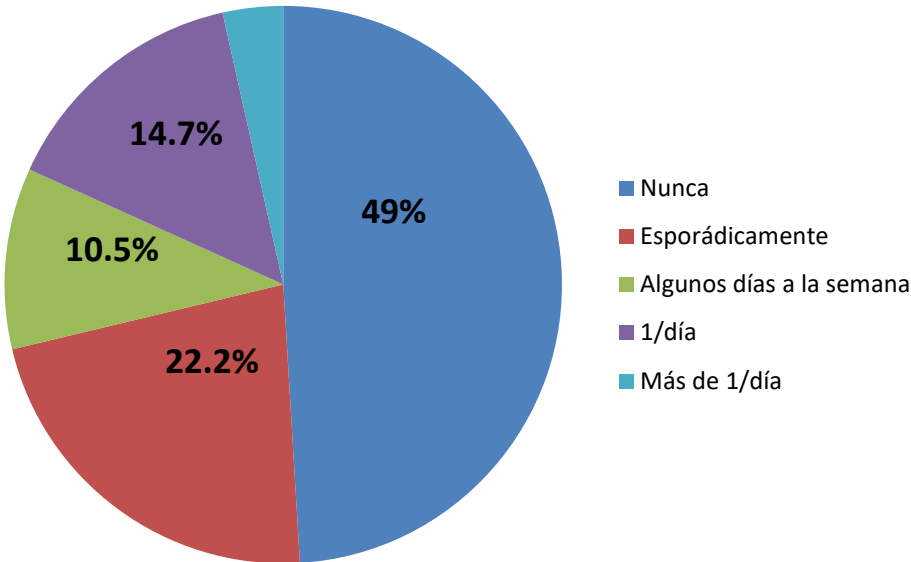


Figura 56.- Frecuencia de uso de colutorio

5.3 USO DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

5.3.1 Frecuencia de visitas al dentista (Figura 57,58 y 59)

El 29,5% de los encuestados piensan que se debe realizar una visita al dentista cada 12 meses, un 10,1% cada dos años. Pero la mayoría de los encuestados, un 54,3% opina que sólo hay que acudir a consulta ante la presencia de un problema. (Figura 57)

Cuando se les pregunta por la fecha de la última visita, las respuestas cambian. Un 30,4% hace más de dos años que no acude al dentista, un 30,2% que ha acudido en el último año, 17,8% 6 meses y 21,6% menos de 6 meses. (Figura 58)

Frecuencia debe ir a dentista

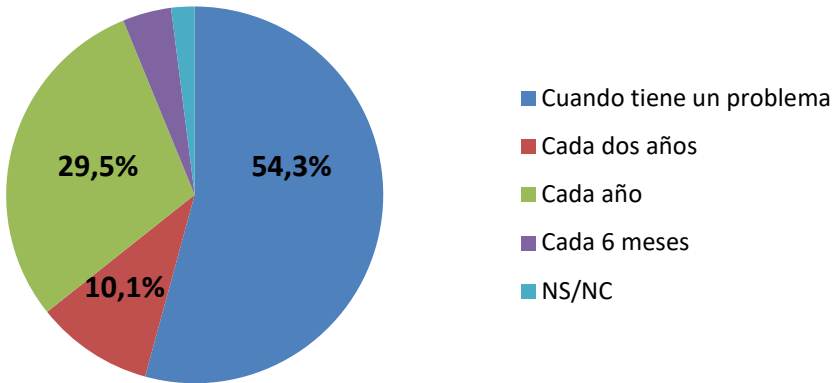


Figura 57.- Frecuencia que consideran los encuestados que se debe acudir al dentista

Tiempo de última visita al dentista

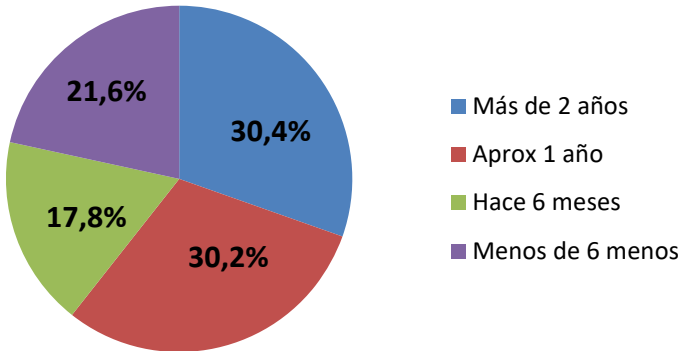


Figura 58.- Tiempo desde la última visita al dentista

Si relacionamos la frecuencia de ir al dentista con el hábitat, existen diferencias significativas en las personas de hábitat rural/semirural que lo hacen cada más tiempo; tienen por lo tanto, un menor hábito de acudir al dentista con asiduidad ($P < 0.05$). Si lo relacionamos con la edad, también obtenemos diferencias, a mayor edad acuden al dentista cada menos tiempo ($P < 0.05$). (Figura 59) Así observamos tal y como señalamos en las hipótesis, que a medida que aumenta la edad, acudir al dentista es un hábito que no se realiza como algo rutinario.

Por último, si relacionamos la frecuencia de ir al dentista con el sexo, no hemos encontrado diferencias significativas. Tampoco existen entre la población institucionalizada o no.

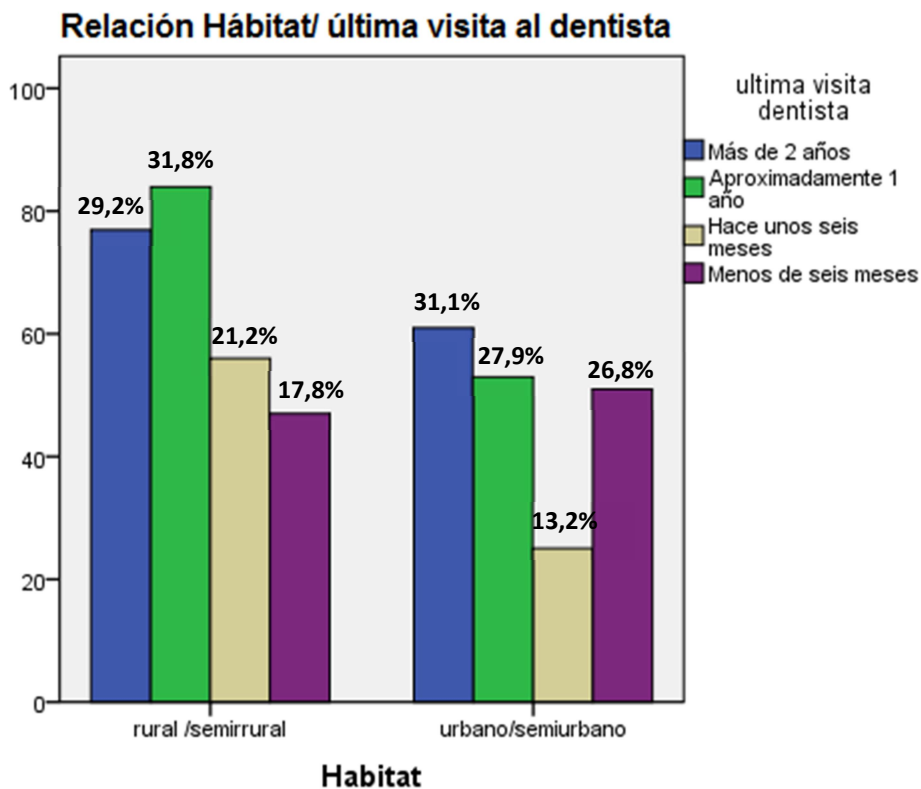


Figura 59.- Relación entre el hábitat y la última visita al dentista

5.3.2.- Motivo de la última visita (Figuras 60, 61, 62)

El 21,8% de la muestra acudió a la consulta por dolor, el 17,6% por problemas con la prótesis, el 13,2% por exodoncia, el 12,3% por revisión, el 9% para realizar una limpieza, el 9% para realizar una obturación, el 8,6% por un flemón. Los demás motivos figuran con menor frecuencia. (Figura 60)

La variable género no interviene en el motivo de la visita. Por el contrario, la edad guarda relación con los motivos de la consulta; a medida que aumenta la edad se realizan tratamientos menos conservadores (exodoncia). (Figura 61).

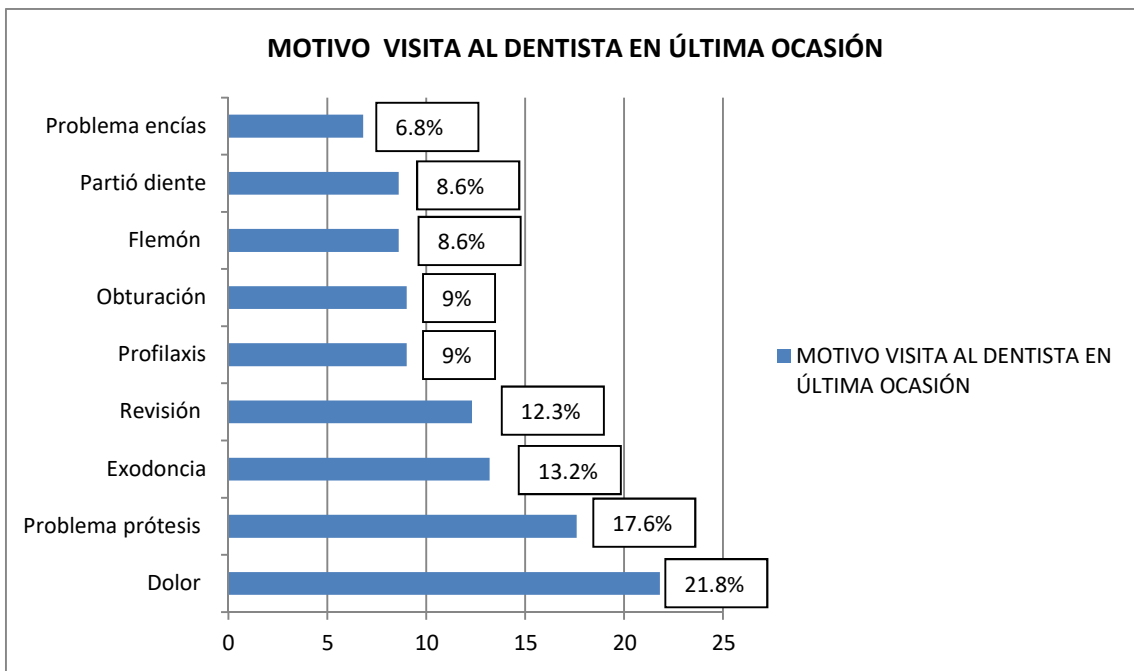


Figura 60.- Motivo de la última visita al dentista.

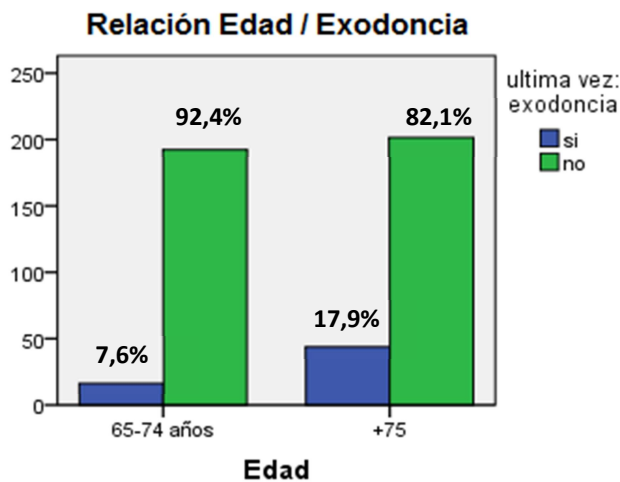


Figura 61.- Relación Edad/Motivo de última visita (exodoncia)

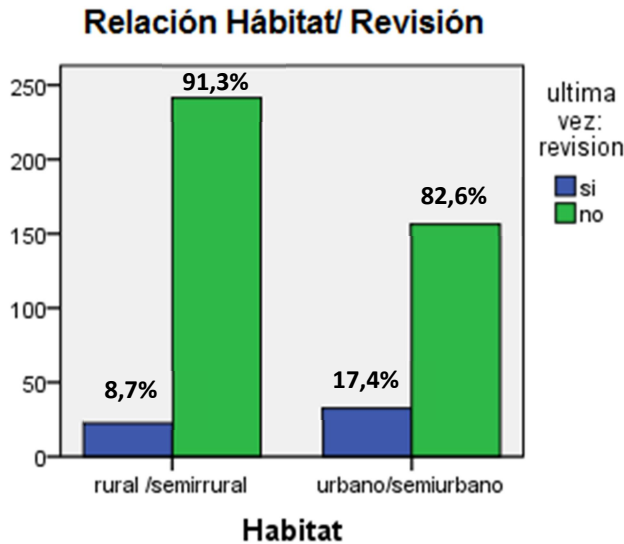


Figura 62.- Relación Hábitat/Motivo de última visita (revisión)

Existe una relación significativa entre el hábitat y el motivo de la consulta, cuando ésta es por revisión. Las áreas rurales /semirrurales son las que acuden en menor medida por este motivo. (Figura 62). Así lo señalamos en la cuarta hipótesis de nuestro estudio.

5.3.3.- Motivo para no acudir a consulta

Un 46,6% de los encuestados, afirman no haber ido al dentista en los dos últimos años. Existe una diferencia significativa en cuanto a hábitat, los procedentes de las áreas rurales/semirrurales fueron más al dentista que los de las áreas urbanas/semiurbanas ($P < 0.01$).

En cuanto a los motivos de por qué no han ido al dentista: un 42,5% lo justifican por no tener, según su apreciación, ningún problema dental. Otros motivos menos frecuentes son, el económico (12,3%), un problema no suficientemente grave (16,5%), y falta de tiempo o tener miedo al dentista (7,1%).

Como decía anteriormente, la ausencia de problema dental es el motivo principal de no ir al dentista en los últimos 2 años, un 42,5% así lo describen. No existen diferencias significativas en cuanto a hábitat, sexo o edad.

5.3.4.- Influencia de la crisis económica (Figura 63)

Para el 50% de los encuestados, la crisis económica es una razón importante para no ir al dentista (en el 18,7% esta influencia ha sido elevada y en el 31,2% restante ha influido algo). En relación al hábitat, y forma contraria a lo que se podría pensar, en las áreas rurales/semirurales influye la crisis económica de manera más importante que en áreas urbanas/semiurbanas ($P < 0.01$). Ni edad, ni sexo han influido de manera significativa al respecto.

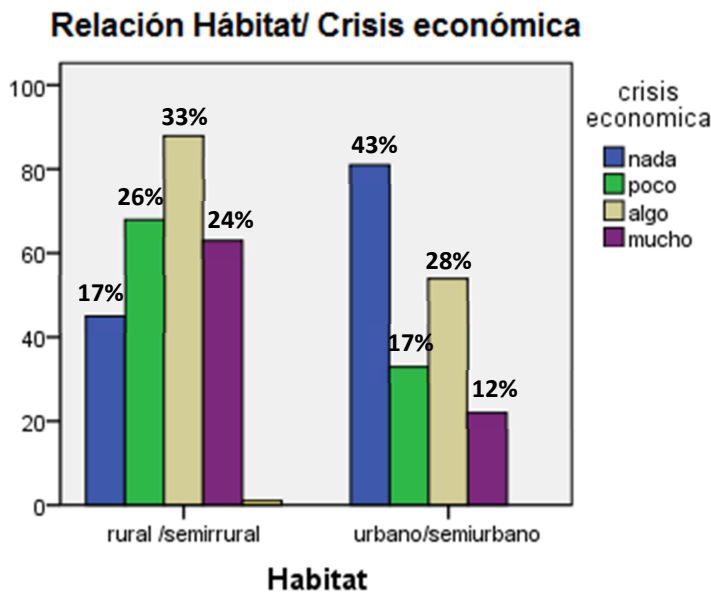


Figura 63.- Relación Hábitat/Crisis económica.

5.4 DIMENSIÓN CALIDAD DE VIDA

5.4.1.- Estado de salud general (Figuras 64, 65).

Un 34,5% de la muestra percibe su estado de salud general en el último año como bueno o muy bueno. Esta percepción es del 40% en los hombres y del 30% en las mujeres. Existe una relación importante con la variable hábitat siendo los habitantes del rural/semirural los que perciben su salud de forma más negativa ($P < 0.01$). (Figura 64)

Al igual que con el hábitat, la edad interviene en la percepción del estado de salud general de manera significativa; de tal manera que para los mayores de 75 años la percepción de su salud es peor ($P < 0.01$). (Figura 65)

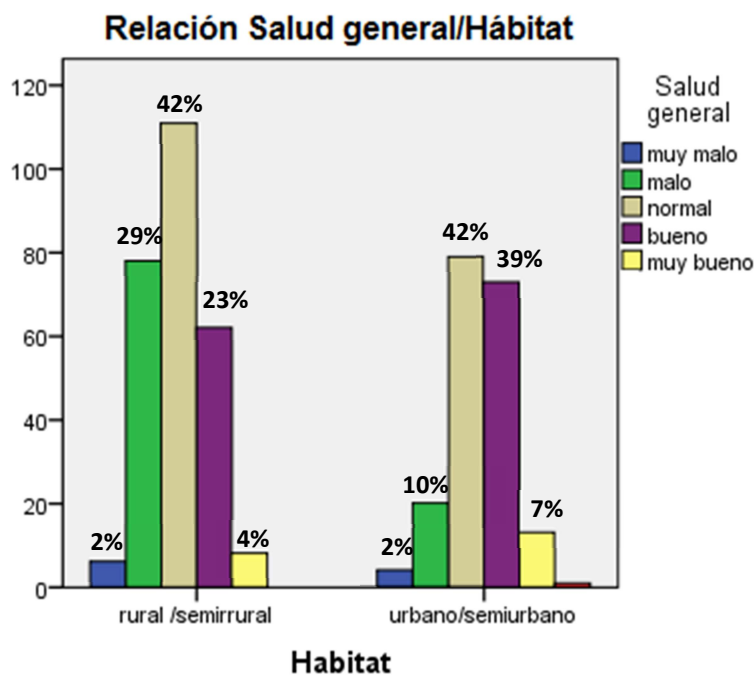


Figura 64.- Relación Salud General/Hábitat.

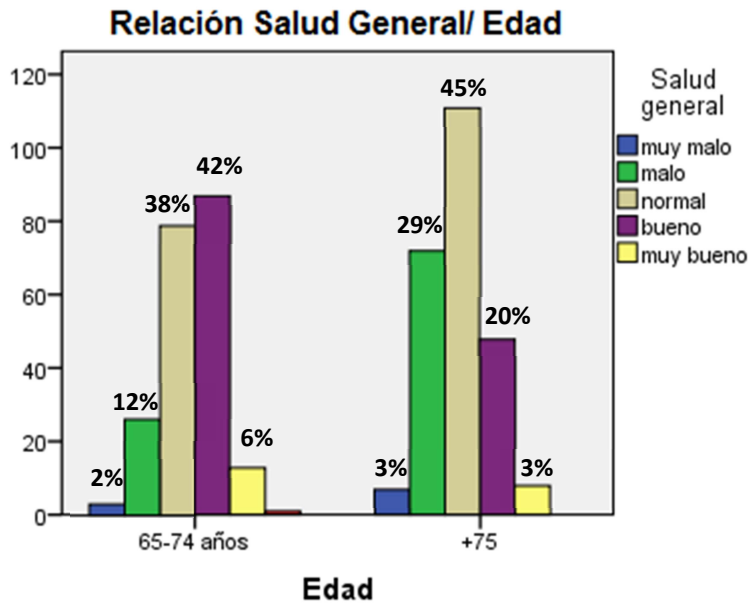


Figura 65.- Relación Salud General/Edad.

5.4.2.- Dolor en dientes o encías (Figura 66)

En nuestra muestra, un 3,7% de los encuestados ha tenido dolor de dientes o encías en los últimos meses “muy a menudo”, un 16,9% no lo ha tenido “nunca”, un 19,3% “bastante a menudo”, un 24,4% “casi nunca”, y el grupo mayoritario, 34,5% han tenido dolor “ocasionalmente”.

Existe una relación clara con el hábitat, ya que los encuestados de áreas rurales/semirurales tienen dolor de encías de forma más frecuente en los últimos 12 meses que los de hábitat urbano/semiurbano ($P < 0,01$). No hay diferencias significativas tanto con la edad como con el sexo.

Existen significancia estadística en los institucionalizados, ya que tienen dolor de dientes y encías de forma más frecuente ($P < 0,05$).

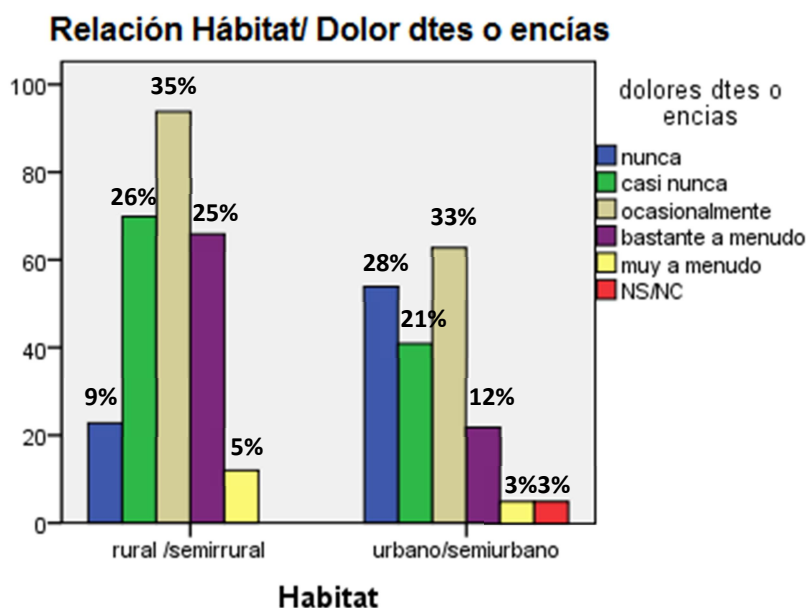


Figura 66.- Relación dolor de encías/dientes con Hábitat

5.4.3.- Problemas en su boca, dientes o “dentadura postiza”, en los últimos 12 meses:

Un 40% de los encuestados declara no haber tenido problemas en la boca nunca o casi nunca en los últimos doce meses, un 35,8% de manera ocasional, un 16,0% bastante a menudo y un 5,9% muy a menudo. Los mayores institucionalizados declaran haber tenido problemas en su boca con mayor frecuencia que los que viven en su hogar ($P < 0,05$).

5.4.4.- Dificultad para comer o masticar (Figura 67 y 68):

Un 38,6% de los encuestados, declara no haber tenido problemas para comer o masticar en el último año, como consecuencia de problemas dentales o prótesis, un 32,5% de manera ocasional, un 18,9% bastante a menudo y un 9,2% muy a menudo. En nuestros resultados existe una relación muy significativa con el hábitat, ya que las personas de áreas rurales refieren mayor tipo de problemas para comer o masticar ($P < 0,01$).

En relación a la edad hemos visto que a medida que aumenta la edad aumentan los problemas de masticación ($P < 0.05$). (Figuras 67, 68). También destacar que los pacientes institucionalizados revelan tener dificultad para comer o masticar con mayor frecuencia ($P < 0,05$).

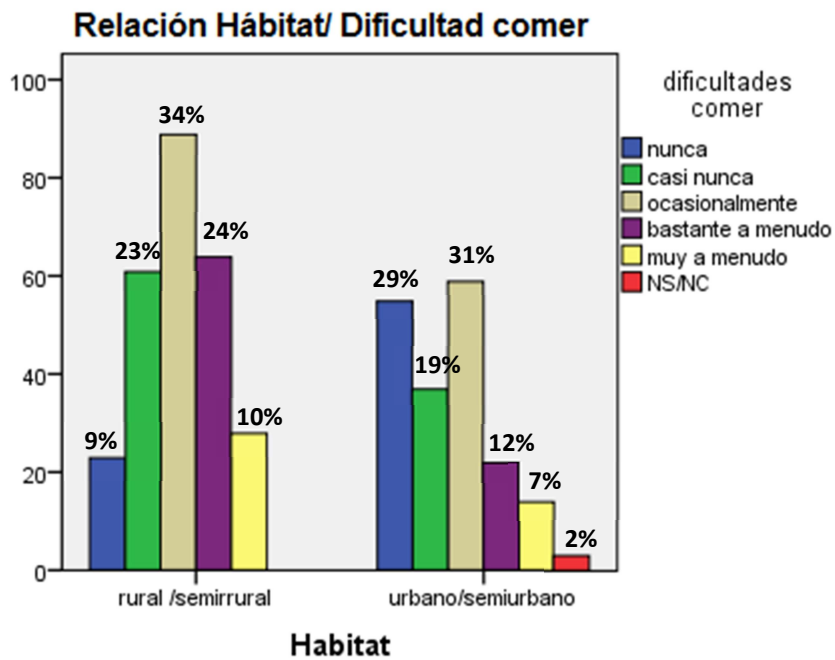


Figura 67.- Relación Hábitat/Dificultad comer

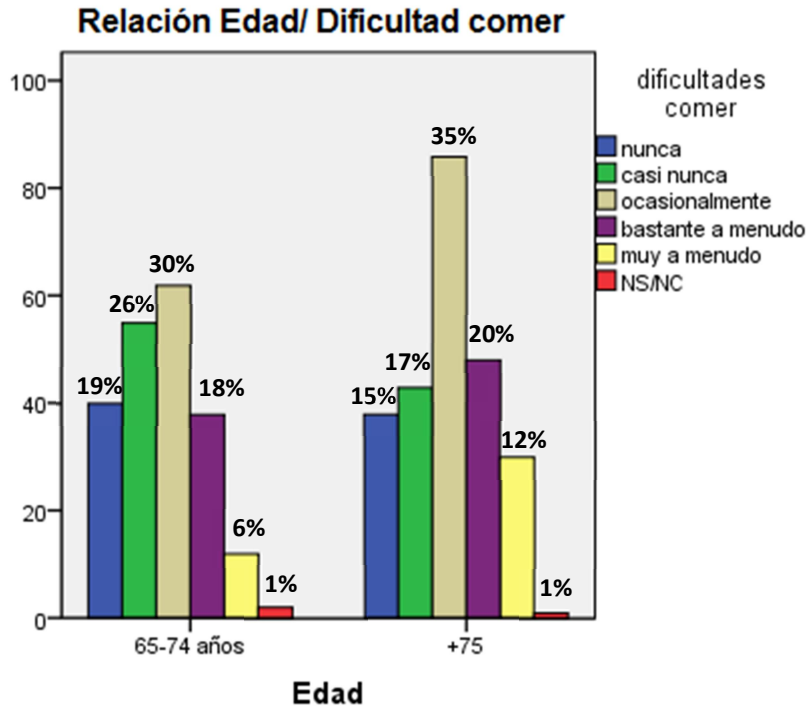


Figura 68.- Relación Edad/Dificultad comer

5.4.5.- Dificultad para llevar a cabo la actividad laboral (Figura 69):

Durante el último año, solamente el 2,6% de los encuestados han tenido dificultades “a menudo” o “muy a menudo” para llevar a cabo su actividad laboral, como consecuencia de los problemas bucales. En cuanto a su relación con sexo y edad no existen diferencias significativas. (Figura 69)

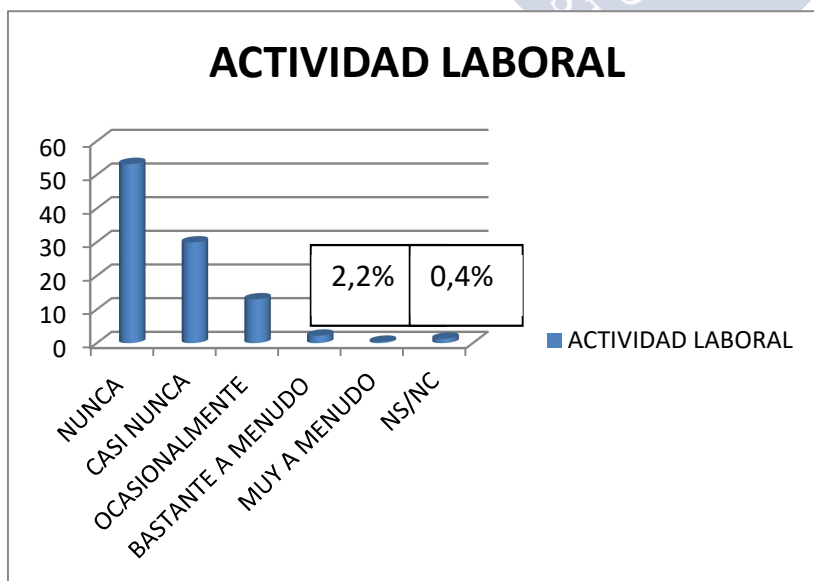


Figura 69.- Dificultad para llevar a cabo la actividad laboral.

5.4.6.- Problemas para reír/sonreír debido a la apariencia de los dientes:

Solamente el 6% de la muestra manifiesta haber tenido problemas para reír/sonreír como consecuencia de la apariencia de sus dientes.

Si analizamos la relación entre el lugar donde vivimos y nuestro pudor a la hora de que se nos vea una mala apariencia de los dientes podemos observar, que existen diferencias significativas, ya que a las personas de áreas urbanas les afecta de mayor forma ($P < 0.05$). (Figura 70)

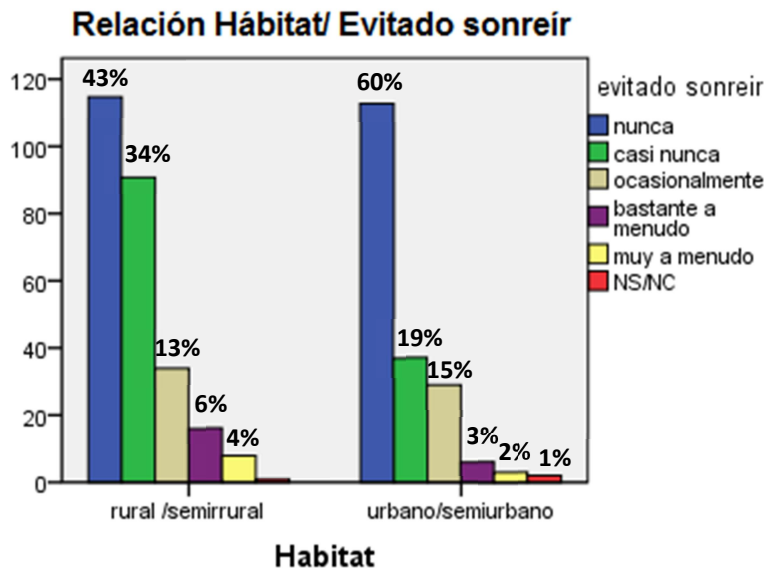


Figura 70.- Relación Hábitat con evitar sonreír

5.4.7.- Evitar entablar conversación debido a la apariencia de los dientes:

El 3,1% de los encuestados afirma que en determinadas ocasiones han evitado entablar una conversación como consecuencia del aspecto de sus dientes. La mayoría, (un 52,7%) afirma no tener este tipo de problema “nunca”.

Si relacionamos este factor con las variables del estudio, podemos observar como el hábitat esta relacionado de manera muy significativa, ya que las personas de áreas rurales han evitado entablar conversación debido a la apariencia de sus dientes en un mayor porcentaje ($P < 0,01$) (Figura 71).

Si lo relacionamos con otro tipo de variables como la edad o el sexo no existen diferencias significativas.

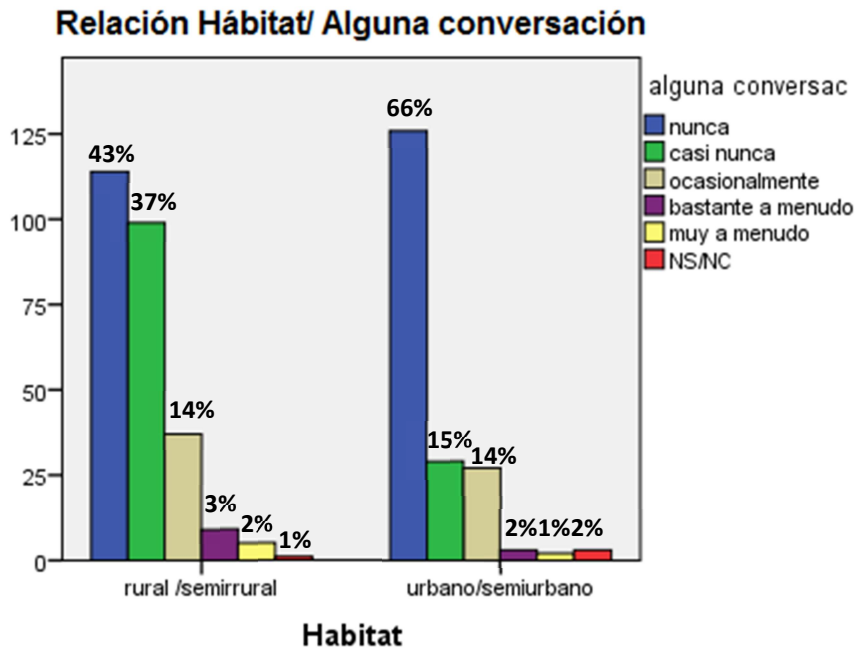


Figura 71.- Relación Hábitat con entablar alguna conversación

5.4.8.- Reducción en las actividades sociales debido a problemas bucales (Figura 72):

Solamente un 2,2% de la muestra manifiesta haberse visto limitado en sus actividades sociales por estos motivos. Está relacionado de manera significativa con el hábitat, siendo las personas más afectadas al respecto las de zonas rurales ($P < 0,01$). (Figura 72). No existe relación con variables como edad y sexo. Por lo tanto, al igual que lo hemos señalado en las hipótesis de nuestro estudio, una mala salud bucodental va a provocar un descenso de la calidad de vida de los mayores.

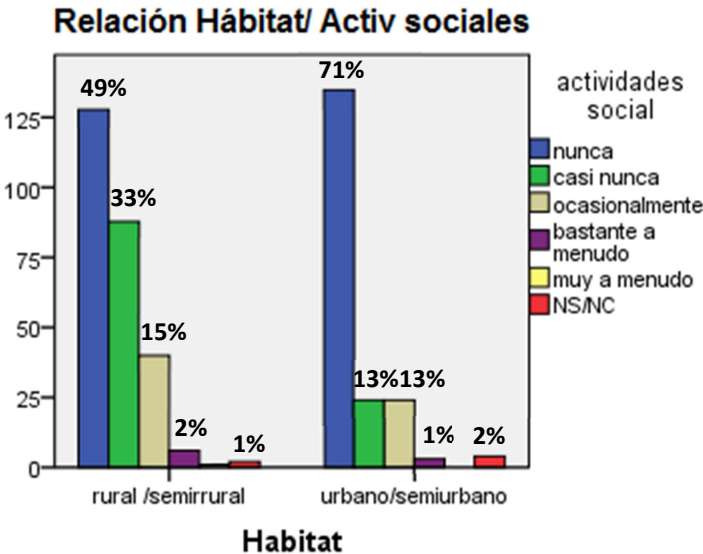


Figura 72.- Relación Hábitat con Actividades sociales



5.5 BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

La encuesta que se realizó a los odontólogos muestra que el grupo de población que se atiende con más frecuencia en los Centros de Salud de Galicia, es el de pacientes de edad avanzada. Así nos lo comunicó el 33,9% de los encuestados.

En relación a las infraestructuras del centro y según las respuestas de los odontólogos, existe un 20% que no poseen los mecanismos necesarios para el acceso en silla de ruedas y en el 16% de ellos, el gabinete dental no tiene la aparatología necesaria para ofrecer una asistencia bucodental adecuada. Otro dato que pudimos comprobar, es que solo en el 17% de los centros el odontólogo realiza visitas domiciliarias, siendo todas ellas de forma totalmente voluntaria.

Si comparamos los resultados de la encuesta de los odontólogos con las mediciones que nosotros obtuvimos, observamos que los resultados son totalmente diferentes. El 80% de los odontólogos opinan que el centro es accesible a personas con minusvalías y nosotros comprobamos que sólo el 4,9%, concretamente 4 de los 82 centros analizados cumplían con la normativa. (Figura 73).

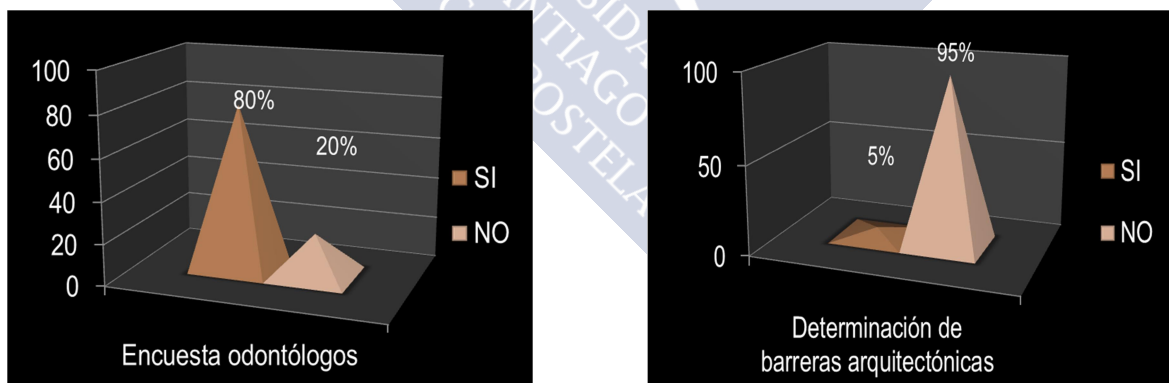


Figura 73: Comparación encuesta odontólogos con mediciones estudio. Elaboración propia.

De manera pormenorizada los resultados de los fallos arquitectónicos fueron los siguientes:

- Un 31,7% no presentaba plaza reservada para minusválidos
- Un 50% no tenía paso de peatones frente a la entrada

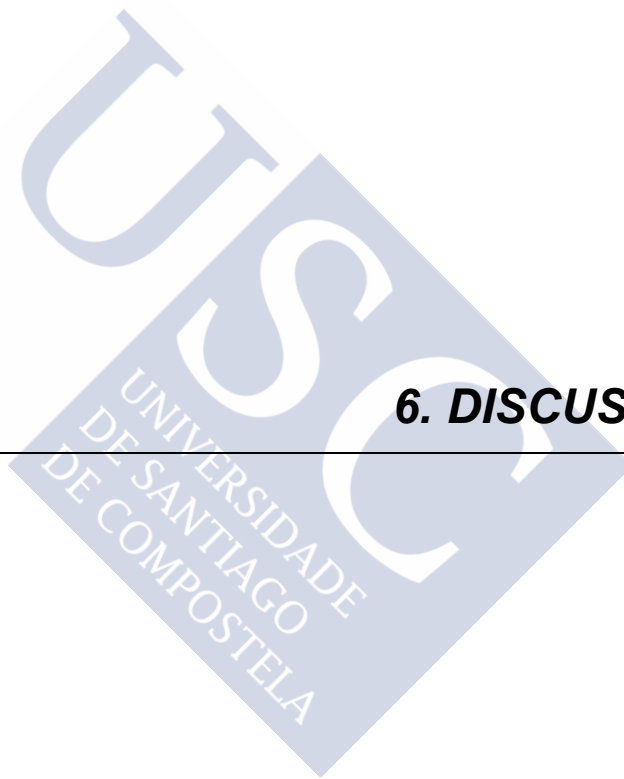
- Las rampas cumplían las medidas de la normativa solamente en el 13% de los casos:
 - Anchura mínima no se cumple en 37% de los centros
 - Pendiente máxima longitudinal no se cumple en 25% de los casos
 - Giro 90° mal en 36% de los centros
 - Pasamanos incorrectos en 52% de los casos.
- Los ascensores estaban mal en el 49% de los centros:
 - Anchura ascensor incorrecta en 20% de los casos
 - Profundidad de ascensor mal en 31,7% de los centros
 - Puertas del ascensor incorrectas en 14,6%
 - Altura de botoneras mal en 13,4% de los centros de salud.
- Los aseos estaban mal en el 63% de los centros:
 - Circunferencia de 1,50m no presente en 46% de los centros
 - Lavabo incorrecto en 34% de los centros
 - Altura de lavabo mal en 37,8% de los casos
 - Grifería incorrecta en 34% de los centros
 - Altura del inodoro mal en 60% de los casos
 - Ausencia de barras laterales en 57% de los baños

Observamos que de los 82 centros analizados, 12 no tienen rampa. Y las características arquitectónicas que menos se cumplen son las dimensiones de los aseos, solamente se cumple en el 38% de los centros.

Como señalamos en la última hipótesis de nuestro estudio, los problemas de accesibilidad a los centros asistenciales de odontología podrían influir en un deterioro de la salud bucodental de los ancianos de Galicia.

No hemos encontrado diferencias significativas entre la salud bucodental del grupo poblacional estudiado y los defectos arquitectónicos de los Centros de Salud donde residen.

6. DISCUSIÓN





La valoración subjetiva del estado de salud, es el primer paso en el acercamiento al conocimiento del estado de salud de las personas mayores. Su importancia es definitiva, ya que en los numerosos estudios de opinión sobre este tema, la salud representa siempre la principal preocupación de las personas de más de 65 años.

Frente a indicadores objetivos que proceden del diagnóstico médico, la percepción del estado de salud se obtiene en encuestas a través de indicadores subjetivos, que detectan las impresiones y sensaciones del individuo con respecto a su salud. Tal percepción individual está afectada por los diversos factores que modifican el comportamiento individual y social de las poblaciones, los “factores de predisposición” que condicionan no sólo la salud, sino también el uso de los servicios sanitarios.

En el momento actual ya se dispone en España de una serie consolidada de datos sobre la percepción del estado de salud a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Así, dos tercios de la población española declara gozar de un estado de salud bueno o muy bueno, mientras sólo un 8% aproximadamente lo considera malo o muy malo. Desde 1987, los valores tienen un cierto grado de estabilización y tal diferencia percibida no puede ser sino el resultado de una realidad constatada médicamente.

El envejecimiento no es una enfermedad, es una disminución progresiva e inevitable de la capacidad de adaptación y de la funcionalidad de los órganos del ser vivo. (102)

Es conocido que la atención odontológica debe ser individualizada, pero en el caso de los mayores con mayor motivo. La disminución de la capacidad de adaptación y de la funcionalidad es heterogénea según los sujetos y los órganos. Existe una gran variabilidad que aumenta en los segmentos de mayor edad, cuanto mayor sea la persona más cuidado debe ponerse a la hora de responder a sus demandas asistenciales. Podemos encontrarnos ante pacientes con gran autonomía y capacidad de decisión o ante individuos frágiles, dependientes e incapaces de tomar sus propias decisiones. En cualquier caso, se debe preservar su dignidad y atenderlos de la manera más eficaz posible, empleando las técnicas más adecuadas. (102)

Se debe evitar la discriminación sanitaria de los mayores, esta discriminación existe y procede tanto de los profesionales como de las instituciones sanitarias. En numerosas ocasiones los profesionales se plantean un aparente problema ético a la hora de administrar determinados tratamientos, porque la relación coste/beneficio no es adecuada por la esperanza de vida de las personas que lo reciben. Por otro lado, a las instituciones les cuesta adaptarse a las necesidades de un segmento poblacional que crece a pasos agigantados, con un ritmo que algunos han catalogado de revolución. (102)

El mundo en el que vivimos es un mundo que envejece. Nunca en la historia de la humanidad se habían conseguido los niveles de esperanza de vida actuales. Esto ha sido posible gracias a las mejoras socio-económicas de las condiciones de vida, al progreso de la medicina moderna y a la influencia ejercida por el cambio de estilo de vida. Científicos de todas las disciplinas y facultades están investigando la influencia del bienestar psico-social en la longevidad. El envejecer no implica necesariamente volverse frágil y dependiente. En cambio, sí que parece que envejecer en España significa perder salud bucodental. Los ancianos son un grupo muy heterogéneo dependiendo de la región y el núcleo residencial en el que viven pero la problemática en relación al nivel de salud oral también es muy homogénea y relevante. (104)

Esto tiene mucha relación con los resultados obtenidos en nuestro estudio en cuanto a salud oral, donde los problemas de mayor relevancia en el anciano son la sensibilidad y la gingivitis. Vemos una marcada relación con el hábitat, ya que el lugar de residencia condiciona de manera muy importante el estado de salud bucodental, siendo en las áreas rurales, en las que existe una salud bucodental más deficiente.

Si comparamos estos resultados con la Encuesta de Salud bucodental de España 2015 (64), vemos que en este estudio los problemas de mayor relevancia son las caries sin tratar y la sensibilidad, y no encuentran diferencias significativas en cuanto al lugar de residencia, a diferencia de los estudios anteriormente mencionados.

En cuanto a la relación de la salud oral y el sexo, nosotros no encontramos diferencias significativas salvo en los problemas de ATM. En la Encuesta

Poblacional de 2015 observan que los hombres manifiestan menos problemas bucodentales que las mujeres. (63)

No es raro que muchas decisiones terapéuticas en gerodontología se tomen teniendo en cuenta la edad; sin embargo, esta actitud debe considerarse equivocada o cuanto menos discutible. A una persona de 65 años le queda casi un 25% del total de su vida por vivir. Además, cuando se estudia el problema, la edad no es un factor determinante para la eficacia de una intervención en particular. (102)

En estas circunstancias, según Saura y cols, (102) la edad por sí sola no es motivo para negar determinados tratamientos odontológicos a los mayores, la edad es sólo un componente más del escenario clínico en el que debemos prestar nuestros servicios profesionales. Por ello, el objetivo principal de nuestro estudio ha sido realizar una encuesta con la finalidad de obtener información sobre varios aspectos relacionados con la salud oral de la población de edad avanzada en Galicia.

Los modelos de relación dentista-paciente han ido evolucionando con los años, la inclusión de las preferencias del paciente en los árboles de decisiones ha ido imponiéndose, pero hay que tener en cuenta que la clave inicial del proceso es la información ofrecida por el profesional. Dicha información debe ser lo más objetiva posible, cuantificando, los resultados y valorando los riesgos. Pero tras ello, la mejor opción es consensuar las decisiones terapéuticas con el propio paciente o con sus familiares, considerando sus opiniones, y asegurar una buena atención clínica basada en los cuatro principios bioéticos clásicos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. (102)

Si analizamos el método utilizado, en nuestro caso es una encuesta personal de autopercepción. La mayoría de los estudios sobre autopercepción muestran que ésta se relaciona con algunos factores clínicos, como el número de dientes cariados, perdidos o restaurados, y con factores subjetivos como síntomas de dolencia o capacidad de sonreír, tragar o masticar sin problemas, además de la influencia de la clase social, edad y sexo. (68) Así intentamos conocer mediante esa encuesta los siguientes objetivos de nuestro estudio (nivel

de salud oral, hábitos de higiene bucal, así como la calidad de vida en la población de edad avanzada).

De la misma forma, estos estudios muestran que las personas consiguen percibir su condición bucal con alguna predicción y pueden usar criterios diferentes del profesional.

En el momento actual ya se dispone en España de una serie consolidada de datos sobre la percepción del estado de salud a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Desde 1987, los valores tienen un cierto grado de estabilización y tal diferencia percibida no puede ser sino el resultado de una realidad constatada médicamente.

En los adultos mayores la autopercepción también puede ser afectada por la percepción de los valores personales, como la creencia de que algunos dolores e incapacidades son inevitables a esa edad, lo que puede llevar a la persona a superestimar su condición bucal.

Los datos sobre autopercepción son subjetivos y para su recogida algunos autores establecen cuestionarios que evalúan los problemas funcionales, sociales y psicológicos relacionados con problemas bucales.

Los instrumentos de evaluación basados en la autopercepción tratan de englobar las dimensiones, relacionándolas a través de múltiples preguntas, administradas en entrevistas estructuradas o en forma de cuestionarios, preferiblemente en versiones reducidas que conservan la validez, fiabilidad y precisión a la vez que faciliten su aplicación y posterior análisis. (70)

En cuanto al cuestionario, destacar que la tasa de “no respuesta” ha sido muy baja, lo que aumenta la fiabilidad de los resultados. También recalcar que a diferencia de otros estudios la entrevista ha sido personal, no telefónica, lo que creemos que le aporta unas grandes ventajas, limitando la mayor parte de los errores.

La demografía, en general, y la demografía sanitaria, en particular, es un instrumento muy importante a la hora establecer cualquier iniciativa con relación al envejecimiento. Promovida por el Gobierno de España y realizada por el INE, la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) es uno de los materiales más importantes para el estudio de la salud de los españoles. La información que aporta sobre la

salud oral procede de cinco preguntas en el cuestionario de adultos, sobre la última visita al dentista, el tipo de asistencia recibida, la titularidad pública o privada de los servicios, el estado de los dientes y las encías y la higiene dental. (76)

La autopercepción del estado de salud, aunque es una medida subjetiva, constituye un buen predictor de los niveles de salud de una población.

En la ENSE de 2006, los resultados de salud oral fueron los siguientes: los varones mayores valoran mejor su salud general que las mujeres. El 54,4% de los varones frente al 36,8% de las mujeres de 65 a 74 años y el 41,6% frente al 29,1% de las mujeres que tienen 75 o más años refieren que su salud general es buena o muy buena. (Figura 74):

	DE 65-74			DE 75 Y MÁS AÑOS		
	AMBOS	VARONES	MUJERES	AMBOS	VARONES	MUJERES
MUY BUENO	7,0	8,9	5,5	5,6	6,5	5,0
BUENO	37,5	45,5	28,7	28,7	35,1	24,2
REGULAR	39,6	35,2	43,7	43,7	42,0	44,9
MALO	11,6	8,2	16,6	16,6	11,6	20,1
MUY MALO	4,3	2,2	5,4	5,4	4,7	5,9

Figura 74.- Estado de salud general en los últimos 12 meses (ENSE 2006)

	DE 65-74			DE 75 Y MÁS AÑOS		
	AMBOS	VARONES	MUJERES	AMBOS	VARONES	MUJERES
MUY BUENO	6,2	6,4	7,1	3,3	3,1	3,3
BUENO	41,8	45,2	28,6	19,5	25,3	15,9
REGULAR	38,1	33,7	41,2	45,1	46,3	44,4
MALO	12,5	14,7	10,5	29,3	24,2	32,4
MUY MALO	1,4	0	2,6	2,8	1,1	4

Figura 75.- Estado de salud general en los últimos 12 meses (nuestro estudio) Elaboración propia.

En nuestro estudio, el 40% de los varones frente al 30% de las mujeres, valoran su salud general como buena o muy buena. El 51,6% de los varones frente al 35,7% de las mujeres de 65 a 74 años y el 28,4% frente al 19,2% de las mujeres que tienen 75 o más años refieren que su salud general es buena o muy buena (Figura 75). Estos resultados son ligeramente menores pero aun así siguen la tendencia de la encuesta ENSE 2006. (76)

Si comparamos estos resultados con la Encuesta de Salud bucodental en España de 2015 (64), vemos que en este estudio se obtiene un mayor porcentaje que en nuestra encuesta. En su caso el 55% de los encuestados percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, y este porcentaje es bastante menor que el obtenido en la Encuesta de Salud bucodental en España de 2010 que era un 65%. (65) En ambos estudios no analizan las diferencias entre pacientes de 65 a 74 años y mayores de 75 años.

A diferencia de la Encuesta Poblacional sobre salud bucodental del 2010, nosotros encontramos que la población estudiada se preocupa más de su salud general que de su salud bucodental, y también a diferencia de ellos, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Coincidimos con este estudio en que la edad no influye en la preocupación por la salud general, pero sí existe una relación entre la edad y la preocupación por la salud bucodental. También estamos de acuerdo en que el hábitat no condiciona la preocupación por la salud general, pero sí, a diferencia de ellos que existe una diferencia significativa entre el hábitat y la preocupación por la salud bucodental. ($P < 0,05$).

Según los datos recogidos en el Informe 2000, la edad aparece como la principal variable asociada a diferencias en la percepción de la salud por los españoles. Apenas el 40% de la población mayor manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno, aunque con una ligera tendencia creciente, frente a casi el 20% que lo declara malo o muy malo, con una ligera tendencia descendente. Es decir probablemente la población española mayor, a pesar de su peor estado de salud en general, esté mejorando globalmente su salud según su percepción.

Según el Informe 2000, estas diferencias de percepción, aunque atenuadas, también aparecen cuando se expresan por varones y mujeres: mientras los primeros abundan en valoraciones más positivas (más del 72% en 1997), las mujeres declaran comparativamente un peor estado de salud (9%). Parece, pues, que la probabilidad de padecer menos enfermedades se asocia con los hombres. La combinación entre sexo y edad hace que sean más las mujeres mayores, las que subjetiva y objetivamente, se encuentren con una salud más deteriorada. Aunque no sólo son esos factores. A través de la Encuesta Nacional de Salud se demuestra que los niveles de estudios, de ingresos económicos y de estatus social, influyen también en la percepción: mayores niveles se asocian a una percepción más positiva y al contrario. (101)

También son apreciables diferencias globales entre comunidades autónomas. Tomando en consideración la población adulta parece demostrarse una valoración más positiva del estado de salud (bueno y muy bueno) en Cantabria, Navarra, Madrid y Cataluña, en contraste con los valores más altos para el estado de salud malo y muy malo en Canarias, Extremadura y Galicia, siempre en comparación con la media española. No son fáciles de identificar los factores asociados a estos valores, aunque es probable que se relacionen con el menor nivel de desarrollo, de prestaciones sanitarias y la diferente apreciación cultural de la salud entre ellas. (101)

Vivir cada día para la población mayor es ante todo tomar conciencia del nivel de autonomía personal, familiar y social, ante la evidente realidad de que el envejecimiento biológico tiende a ser general a medida que aumenta la edad de las personas. De esta situación se derivan consecuencias importantes sobre su propia estima a nivel personal, la atención a los mayores cuando manifiestan incapacidad para desarrollar sus actividades diarias, y sobre la implicación familiar y social en tal proceso, entre otras.

La medida de las actividades diarias significa sobre todo la valoración de la capacidad para tener una vida más o menos autónoma, aspecto no sencillo de detectar, ya que se ve muy afectado por las unidades de medida (las personas mayores y sus rasgos personales y familiares) y por los conceptos (deterioro, handicap, incapacidad física o funcional) y las escalas empleadas (indicadores objetivos, subjetivos). La mayor parte de los estudios utilizan las encuestas

específicas para detectar los déficits de la capacidad funcional (muchas veces no se trata de capacidad física) de los mayores y su relación con las necesidades de asistencia y apoyo.

En estas encuestas sociales se investigan las actividades de la vida diaria no estableciendo diferencias entre actividades que tienen que ver con la autonomía y cuidados personales, las que implican tareas en el ámbito doméstico y las que representan comportamientos móviles. Parece evidente que entre sí manifiestan grados de complejidad distintos para los mayores, de manera que se puede afirmar que a mayor complejidad de la actividad y mayor edad de la personas, mayores dificultades en su práctica. En definitiva, es previsible que las actividades diarias, la edad y la estructura social sean fenómenos concomitantes. (101)

En efecto aquellas actividades de cuidado personal como “levantarse, acostarse” o “bañarse , ducharse” se asocian con la población autónoma, según este informe 2000, más del 85% así lo señalan, pero también otras que implican el dominio del hogar como espacio de referencia diaria (“andar dentro de la casa”, “utilizar el teléfono”). (101)

Si hablamos de hábitos de higiene, en nuestro estudio existe una diferencia significativa con la encuesta poblacional del 2015; ya que un 34,4% de la población mayor de 65 años en Galicia afirma cepillarse algunos días a la semana, y en la Encuesta poblacional tanto en 2010 como en 2015 solamente un 2%. Tanto en la Encuesta poblacional de 2015 como en la del 2010, vuelve a confirmarse un mejor hábito de cepillado en las mujeres (86% se cepillan al menos dos veces al día vs 74% en los hombres). En cuanto a la edad, en los estudios anteriormente citados se observa una clara asociación de tal forma que, conforme aumenta la edad del encuestado, empeora su patrón de frecuencia de cepillado.

En nuestro estudio no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres; en cambio, al igual que los estudios mencionados anteriormente, a medida que aumenta la edad, menor es el hábito de cepillado. Si mencionamos los métodos auxiliares, un 46,8% afirma no usarlos nunca. Este porcentaje es parecido al de las encuestas de 2010 y 2015 (38% y 36% respectivamente).

Parece evidente que respecto a un estudio realizado en 1995 los hábitos higiénicos de la población española han mejorado. Hace 20 años, solamente el 60% de los encuestados afirmaban cepillarse los dientes dos o más veces al día. Pero sin duda alguna, donde más cambios se observan al comparar todos los estudios es la utilización de métodos auxiliares de higiene. El uso habitual de colutorios en la población española ha pasado del 16% en 1995 al 64%, el de la seda dental ha crecido del 5% al 34% y el uso de los cepillos interproximales del 3% al 18%.

En la población gallega de nuestro estudio el porcentaje de uso de métodos auxiliares es menor, 49% colutorios, 2,2% cepillos interdetales y solamente un 0,2% usa seda dental como práctica rutinaria.

Podemos afirmar, que el 10,9% de la población gallega (295.598 personas) declara alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria; de ellos, 173.647 son dependientes (58,7%), es decir, precisan la ayuda de una tercera persona pues no pueden valerse por sí mismos. (36)

Limitación para las actividades básicas de la vida diaria y necesidad de ayuda
Población de 65+ años. EESE 2014

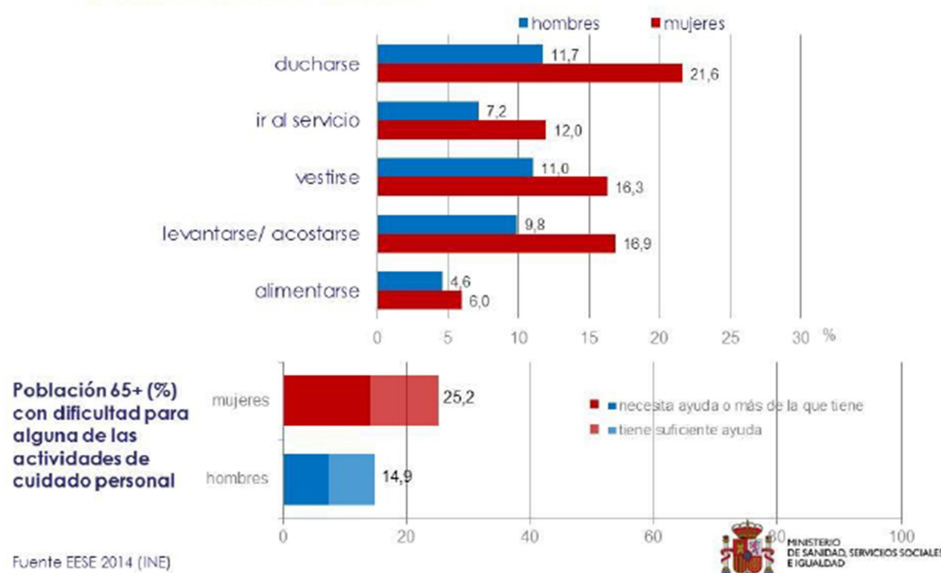


Figura 76.- Limitación para las actividades básicas de la vida diaria y necesidad de ayuda en España 2014. Fuente: EESE 2014 (INE)

La Figura 76 muestra la población española de 65 y más años no institucionalizada (residentes en viviendas familiares) en 2014, que declaró algún grado de dificultad para realizar cada una de las actividades de cuidado personal o básicas de la vida diaria, según sexo. También se muestra el total de la población de 65 y más años que refiere dificultad para alguna de estas actividades y de ella, la proporción que dispone de suficiente ayuda y la proporción que necesita ayuda para poder realizarlas. En el grupo de 85 y más años las limitaciones afectan al 53,68%.

En ese mismo estudio, el 20,73% de la población de 65 y más años tiene dificultad para llevar a cabo alguna de las actividades básicas de la vida diaria, 25,19% de las mujeres y 14,95% de los hombres. Por lo que consideramos como actividades de la vida diaria asearse o cepillarse los dientes. Lo que explica de alguna forma que a medida que pasan los años disminuye la higiene bucodental.

En relación a la frecuencia de visitas al dentista, en nuestro estudio el 29,9% de los encuestados piensa que se debe realizar una visita al dentista cada 12 meses; pero la mayoría, (un 54,3%) opina que sólo hay que acudir a la consulta ante la presencia de un problema. Este porcentaje es mucho menor que el que se observó en la población española, donde el 84% admiten que es deseable visitar al dentista al menos una vez al año. Así lo indicamos en los objetivos de nuestro estudio, que intentábamos conocer el uso de los servicios odontológicos por la población de edad avanzada, además de la influencia de la accesibilidad a los centros de salud con la salud bucodental.

En cuanto a la causa de porqué se va al dentista, diferimos con la encuesta poblacional de 2010; ya que ellos obtuvieron que un 17% vayan a la consulta ante la presencia de un problema y nosotros un 54,3%. En la encuesta de 2015 el porcentaje era de un 14%. Existe en nuestro estudio un porcentaje mucho más bajo de personas que acuden al dentista cada año (29,5%), a diferencia de la encuesta poblacional de 2010 que es de 73% y en la encuesta de 2015 un 84%.

También nuestros datos difieren con la encuestas de 2010 y 2015 en relación a la visita al dentista en el último año. Para nosotros un 30,2% frente a un 48% (2010), y un 48,3% (2015).

Aunque parece que se va produciendo un mayor grado de consciencia sanitaria en relación a la necesidad de utilización anual de los servicios odontológicos, en Galicia todavía no es una práctica frecuente. Nuestro país se sitúa entre aquellos con frecuentación más baja de toda la Unión Europea, por delante solamente de países como Rumanía, Hungría o Turquía.

La consulta al dentista es, según el Informe 2000, un servicio sanitario no tan ligado a una necesidad de atención sanitaria, sino muchas veces el reflejo de un comportamiento preventivo. Por ello, el uso de este servicio tiene una clara relación con factores sociales y familiares. (101)

Si analizamos el motivo de la última visita al odontólogo, la mayor parte de nuestra población de estudio acudió a la clínica ante un dolor, seguido de problemas con la prótesis y exodoncia. A diferencia con otros estudios como la encuesta poblacional de 2010 donde la mayor parte acudieron para revisión (26%) o limpieza (20%), y en la encuesta poblacional de 2015 donde un 26% del motivo de consulta fue la revisión y un 29% para limpieza. Esto nos lleva a pensar que estos valores son diferentes, ya que las personas de edad avanzada no usan los servicios odontológicos de manera rutinaria ni preventiva, sino solamente para solventar el problema que se les presenta.

Al igual que la encuesta poblacional de 2010 y 2015 la variable género no interviene en el motivo de la visita, y la edad guarda relación con los motivos de la consulta; a medida que aumenta la edad se realizan tratamientos menos conservadores tipo exodoncia. (Figura 61).

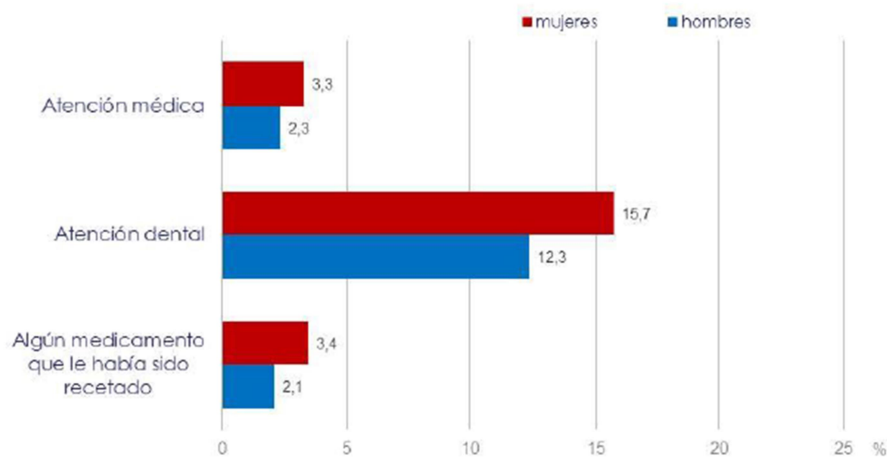
En relación a la influencia de la crisis económica con el acudir al dentista, en nuestro estudio influye en un 50% de los encuestados; en otros estudios el porcentaje alcanzado es un 38% en la encuesta poblacional de 2010 y un 40% en la encuesta de 2015. Creemos que esta diferencia se debe a que nuestro estudio es en personas mayores de 65 años en donde el sistema de pensiones genera una influencia muy importante en el tipo de tratamiento a realizar, a diferencia de las personas en edad laboral, donde existen unos ingresos más o menos estables.

A continuación destacar que, en nuestro estudio, solamente tiene relación con la variable hábitat, y no tiene relación con sexo ni edad; a diferencia de la

encuesta poblacional de 2010 y 2015, donde la variable sexo influye de manera importante.

La Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) realizada por el INE en 2014, muestra el porcentaje de población de 15 y más años que declara haber necesitado atención sanitaria y no haber podido recibirla por motivos económicos. Las necesidades no cubiertas se presentan según sexo para tres tipos distintos de atención sanitaria: médica, dental y farmacéutica, como podemos observar en la Figura 77.

Necesidades no cubiertas por motivos económicos según sexo y tipo de atención sanitaria
Población de 15+ años. ESEE 2014



Fuente: ESEE 2014 (INE)



Figura 77.- Necesidades no cubiertas por motivos económicos según sexo y tipo de atención sanitaria (INE 2014)

La población adulta que declara haber necesitado atención dental en los últimos 12 meses y que no se lo pudo permitir por motivos económicos fue en este estudio un 14% de la población (15,74% mujeres vs 12,34% hombres).

Este porcentaje sigue siendo bastante menor que el obtenido en nuestro estudio, un 50%.

El estado de salud percibido refleja la percepción que los individuos tienen sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico o socio-cultural, y es un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, de padecer enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios. (114)

En 2014, según Bourgeois et al., el 71% de la población de 15 y más años valoró positivamente su estado de salud (muy bueno y bueno), el 75% de los hombres y el 67% de las mujeres. (17)

En nuestro estudio, un 56% de los encuestados usa algún tipo de prótesis, tanto fija como removible, de éstos un 7,5% usa prótesis completa. Según los datos de distintos trabajos llevados a cabo en el territorio español, se encuentra una elevada prevalencia de edentulismo en el anciano (46,62%), siendo el 36,07% entre los 65-74 años, del 75-84 años del 44.19% y del 52,51% en los mayores de 84 años. (72)

Si analizamos la reducción de las actividades sociales debido a problemas bucales, en nuestro estudio un 2,2% de la muestra manifiesta haberse visto limitado, este resultado es similar a la encuesta poblacional de 2010 que también obtuvieron un 2% de la muestra. En el 2015 este porcentaje disminuyó siendo un 1%.

Tenemos que pensar, por tanto, que envejecer en Galicia está relacionado con una pérdida significativa de la salud bucodental. Hoy en día en España el 80% de las familias actúan como cuidadoras de sus familiares ancianos frágiles. Esta situación debe cambiar en un futuro próximo. Los cuidados dispensados por los hijos, sobrinos y parientes cercanos tienen sus limitaciones: aparecen conflictos, especialmente entre el marido y la mujer responsables del anciano; el cuidado de los ancianos puede ser responsabilidad de las hijas, pero a menudo estas hijas ya son abuelas, lo que implica una aversión a todo lo que significa la geroprofilaxis, es decir, la preparación para la propia vejez. En toda Europa está aumentando el número de ancianos que no tienen hijos, lo que dificultará cada vez más el cuidado de éstos en el seno familiar; la situación laboral de las mujeres no les permite llevar la responsabilidad de cuidar a un pariente anciano dependiente. Muchos ancianos tampoco aceptan el hecho de estar en hogares donde existen tres generaciones conviviendo. Según diversos estudios, en

España el 84% de los ancianos potencialmente dependientes manifiestan que preferirían vivir en una residencia geriátrica recibiendo tratamiento médico adecuado que en el propio domicilio desatendidos o mal atendidos (108). A medida que la sociedad evolucione, es posible que se desarrollen estrategias destinadas a prolongar al máximo la independencia del individuo de edad avanzada, adaptadas a las características específicas personales, demográficas, regionales, etc.

Los ancianos españoles son un grupo muy heterogéneo, dependiendo de la región y el núcleo residencial en el que viven, pero la problemática con la relación a nivel de salud oral es muy homogénea y relevante.

Los odonto-estomatólogos de los países más avanzados están de acuerdo en que la visita regular al odontólogo debe ser imperativa en cualquier persona de edad avanzada. En España no es una prioridad. Este simple hecho, si fuera asociado con unos parámetros de salud bucodental correctos, no tendría más importancia. Pero vistos los resultados del presente trabajo, es necesario que la comunidad odontológica se replantee su política de prioridades de forma urgente. Conocemos algunas limitaciones que alejan al anciano del tratamiento odontológico: barreras de tipo económico, de transporte para aquellos que viven solos, o de dependencia para los que necesitan de alguien para moverse. Las soluciones no siempre deben pasar por la mejora estricta de estas limitaciones.

Se puede considerar que las características generales de los ancianos analizados en este estudio pueden ser en su mayoría extrapolables a las de la población española de edad similar.

Muchas personas mayores no están recibiendo los cuidados odontológicos que necesitan, porque los sistemas sanitarios no son del todo sensibles a los problemas de la salud oral. La OMS recomienda una promoción de la salud oral basada en la actuación sobre los factores de riesgo y la utilización de los servicios dentales. (102)

La educación para la salud y los autocuidados son también los pilares sobre los que fundamentar los logros en este sentido. El autocuidado es un proceso voluntario que debe ser fomentado por los sistemas de salud. Aunque

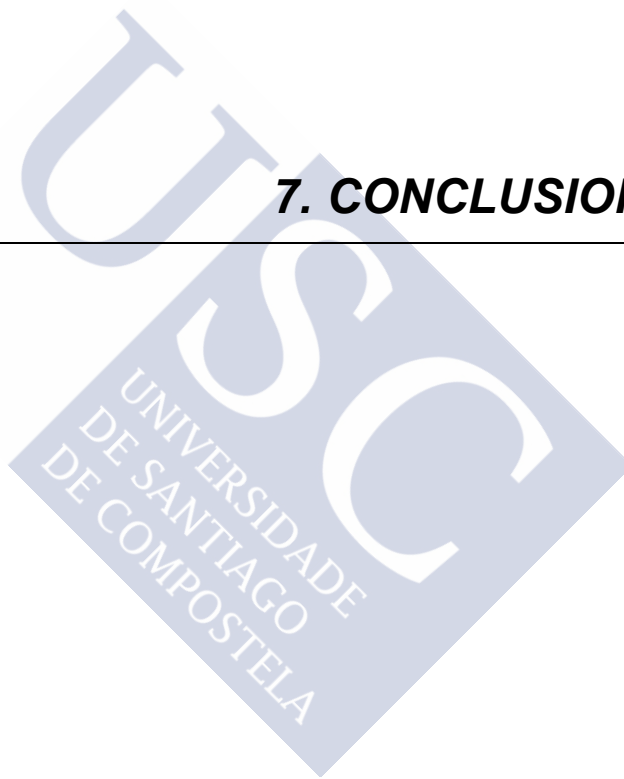
cuidar y cuidarse es inherente a la propia naturaleza, precisan cierto grado de conocimientos y cotidianidad que requieren aprendizaje.

A veces, puede parecer que se ha instalado en nuestra sociedad la creencia de que la mala salud oral es inevitable en los mayores, que el edentulismo es cosustancial al envejecimiento, pero no debe ser así. La salud oral es parte fundamental de la salud general e imprescindible, tanto en la población general como en los mayores, para tener una buena calidad de vida. Por tanto, cualquier programa dirigido a la esfera oral debe integrarse en el marco de la promoción de estilos de vida saludables; la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades orales no pueden realizarse al margen de las políticas de salud general.





7. CONCLUSIONES





1. La salud oral de las personas de edad avanzada en Galicia es deficiente, siendo estadísticamente significativo el empeoramiento con el paso de los años ($P < 0,05$). Las alteraciones más prevalentes de este grupo poblacional son la gingivitis y la sensibilidad dental.
2. La higiene oral de nuestra población de estudio es deficiente y empeora con la edad y esto es estadísticamente significativo ($P < 0,05$).
3. El uso de los servicios odontológicos por parte de las personas mayores no es algo rutinario, la mayoría describe que tarda más de dos años en acudir al odontólogo.
4. El estado de salud oral y la higiene deficiente provoca un deterioro de la calidad de vida de las personas mayores en Galicia, siendo peor en hábitats rurales y semirurales ($P < 0,01$).
5. El estudio de las características arquitectónicas de las Unidades de Salud Bucodental de los Centros de Salud de Galicia demuestra que sólo el 4,9% cumple completamente con la normativa de accesibilidad. No hemos encontrado que éste sea un factor que influya en la salud oral del grupo poblacional estudiado.





8. BIBLIOGRAFÍA



1. Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística 2008; 1-12.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de Población 2015.
3. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red 2016; 14(1).
4. Abellán A, Rojo F, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V. Estructura demográfica y gasto social. En: Abellán A, Rojo F, Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V. Espacios y Sociedades. La población del Mundo. Madrid: Síntesis; 1998; (149-177).
5. Alfaro Latorre M. Sistema Nacional de Salud. España 2010.
6. Ancizu I. Papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. Rev Esp de Investigaciones Sociológicas 2004; 105:43-77.
7. Baltes PB, Smith J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. Gerontology 2003; 49(2):123-135.
8. Bansal M, Khatri M, Taneja V. Potential role of periodontal infection in respiratory diseases - a review. J Med Life 2013; 6(3):244-248.
9. Barreiro Rivas X, Pascual Monzó R, Araujo Cardalda L. O reto demográfico de Galicia. Xornadas 2012; 1:21-31.
10. Batchelor P. The changing epidemiology of oral diseases in the elderly, their growing importance for care and how they can be managed. Age Ageing 2015; 44(6):1064-1070.
11. Baur JA, Sinclair DA. Therapeutic potential of resveratrol: the in vivo evidence. Nat Rev Drug Discov 2006;5(6):493-506.
12. Bazo MT. Teorías sobre la vejez. En: Gómez Redondo R. Salud, Demografía y Sociedad en la Población Anciana: Alianza Editorial; 2010; 13-23.
13. Bazo MT. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. 2ª Edición. Madrid, Buenos Aires: Médica Panamericana, S.A.; 2005.
14. Bernaba Ortiz E, Sánchez Borjas PC, Delgado Angulo EK. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. Revista Médica Herediana 2006;17(3):170-176.

15. Blanco Carrion A, Otero Rey, E. Patología oral asociada a la sequedad bucal. *Av Odontoestomatol* 2014;30(3):129-133.
16. Blanco Carrion A, Velasco Ortega E, López López J, Gándara Rey JM. Precáncer oral en el paciente anciano. *Rev Esp Ger Geron* 1998;33:33-40.
17. Bourgeois DN, Llodra JC, Nordblad A, Pitts NB. Health Surveillance in Europe. A Selection of essential oral health indicators. Health and Consumer Directorate General. Paris: Quintessence Internacional; 2005; 361.
18. Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Ausina Márquez V. Encuesta de Salud Oral en España 2015. *RCOE* 2016;21(1):8-48.
19. Bravo Pérez M, Casals-Peidro E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. *RCOE* 2006;11:409-456.
20. Bravo M, Cortes J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J* 2009 ;59(2):78-82.
21. Bravo M, San Martin L, Casals E, Eaton KA, Widstrom E. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 2: Spain. *Br Dent J* 2015 Dec;219(11):547-551.
22. Coelho CM, Zucoloto S, Lopes RA. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *Int J Prosthodont* 2000;13(2):148-151.
23. Colussi CF, De Freitas SF, Calvo MC. The prosthetic need WHO index: a comparison between self-perception and professional assessment in an elderly population. *Gerodontology* 2009;26(3):187-192.
24. Cornejo M, Perez G, de Lima KC, Casals-Peidro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18(2):285-92.
25. Cuenca Sala E. La encuesta de la OMS sobre la salud buco-dental en España. Una aproximación personal. *Arch Odontoestomatol* 1986;2:15-22.
26. Cutler SJ, Hendricks J. Leisure and time use across the life course. In: Binstock R, George L, editors. *Handbook of Aging and Social Sciences*. 3ª ed. Londres: Academic Press; 1990: 169-185.
27. Dali-Youcef N, Lagouge M, Froelich S, Koehl C, Schoonjans K, Auwerx J. Sirtuins: the 'magnificent seven', function, metabolism and longevity. *Ann Med* 2007;39(5):335-345.
28. De Rossi SS, Slaughter YA. Oral changes in older patients: a clinician's guide. *Quintessence Int* 2007;38(9):773-780.

29. De Visschere LM, van der Putten GJ, Vanobbergen JN, Schols JM. An oral health care guideline for institutionalised older people. *Gerodontology* 2011;28(4):307-310.
30. Del Barrio Truchado E, Abellán García A. Indicadores demográficos. En: Del Barrio Truchado E, Abellán García, A. Informe 2008. Las personas mayores en España. 1ª ed. Madrid; 2008; 33-65.
31. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. La situación demográfica en el Mundo, 2014. Naciones Unidas 2014;1.
32. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impact of Oral Health on Quality of Life in Older Adults. *Rev Clin Med Fam* 2012;5(1):9-16.
33. Ebrahim S. Ageing, health and society. *Int J Epidemiol* 2002;31(4):715-718.
34. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res* 2012;91(10):914-920.
35. Escribano Bermejo M, Bascones Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Av Odontoestomatol* 2009;25(2):83-97.
36. Esparza Catalán C. Discapacidad y dependencia en Galicia. *Informes portal de mayores* 2011;121:1-21.
37. Ferbeyre G, de Stanchina E, Lin AW, Querido E, McCurrach ME, Hannon GJ, et al. Oncogenic ras and p53 cooperate to induce cellular senescence. *Mol Cell Biol* 2002;22(10):3497-3508.
38. Fiske J. The delivery of oral care services to elderly people living in a noninstitutionalized setting. *J Public Health Dent* 2000 Fall;60(4):321-325.
39. Gamallo Moure AB, Suárez Alén F, Baña Souto S, Otero Rey E, Blanco Carrión A. Accesibilidad de las personas mayores a la atención bucodental. Análisis de las unidades bucodentales de Galicia. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* 2013;26.
40. García del Prado G, Gutiérrez Hernández ME, Robledo Fernández M. Control de higiene bucal en pacientes geriátricos portadores de sobredentaduras. *Revista Cubana de Estomatología* 2002;39(3):396-416.
41. García Sanz B, Martínez Paricio J. Demografía de la vejez. En: Bazo Royo MT, García Sanz B. *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. 2ª edición. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2005; 1-21.
42. Gil Montoya JA, Marín Zuluaga D, Fornieles Rubio F. Asistencia Odontológica en pacientes geriátricos funcionalmente dependientes y frágiles. En: *SEGER. Gerodontología*. 1ª ed. Santiago de Compostela: La Ibérica; 2012; 279-285.

43. Gil Montoya JA, Subirá Pifarré C. Programas de asistencia dental domiciliaria: una demanda actual. 2004;34(7):368-73.
44. Gil-Montoya JA, Subira C, Ramon JM, Gonzalez-Moles MA. Oral health-related quality of life and nutritional status. *J Public Health Dent* 2008;68(2):88-93.
45. Gregory D, Hyde S. Root Caries in Older Adults. *J Calif Dent Assoc* 2015;43(8):439-445.
46. Gutierrez Acero D, Alós Cortés L, García Gómez F, González Sanz A. Microbiología de la caries radicular en el paciente mayor. *Av Odontoestomatol* 2006;22(2):125-130.
47. Harman D. Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J Gerontol* 1956;11(3):298-300.
48. Harper JM, Salmon AB, Leiser SF, Galecki AT, Miller RA. Skin-derived fibroblasts from long-lived species are resistant to some, but not all, lethal stresses and to the mitochondrial inhibitor rotenone. *Aging Cell* 2007;6(1):1-13.
49. Hayflick L, Moorhead PS. The serial cultivation of human diploid cell strains. *Exp Cell Res* 1961;25:585-621.
50. Herbig U, Ferreira M, Condel L, Carey D, Sedivy JM. Cellular senescence in aging primates. *Science* 2006; 3;311(5765):1257.
51. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003;53(5):285-288.
52. Hoover JN, McDermott RE. Dental treatment needs of elderly patients seen at a university teaching clinic. *Am J Dent* 1990;3(5):213-216.
53. Inmerso. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012. Por un nuevo paradigma, el diseño para todos, hace la plena igualdad de oportunidades. 2003.
54. INE. INE. Nota de prensa. 2013;1:1-12.
55. Instituto Galego de Estadística. Datos Estadísticos Básicos. Galicia 2012. 1ª ed. Santiago de Compostela: Grafisant; 2012.
56. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* 2002;8(4):218-223.
57. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature* 2008; 7;451(7179):644-647.
58. Kossioni AE. Is Europe prepared to meet the oral health needs of older people? *Gerodontology* 2012; 29(2):1230-40.

59. Lamster IB. Geriatric periodontology: how the need to care for the aging population can influence the future of the dental profession. *Periodontol* 2016;72(1):7-12.
60. Lewis D, Fiske J. Domiciliary oral healthcare. *Dent Update* 2011;38(4):231-4, 237-40, 243-4.
61. Listl S, Moran V, Maurer J, Faggion CM, Jr. Dental service utilization by Europeans aged 50 plus. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40(2):164-174.
62. Livi-Bacci M. On the human cost of collectivization in the soviet union. *Population and development review*. *Population and development review* 1993;19(4):743.
63. Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2010. *RCOE* 2012;17:13-41.
64. Llodra Calvo JC. Libro Blanco. Encuesta poblacional: La salud bucodental en España 2015. 1ª ed. Madrid: Grupo ICM de Comunicación; 2015.
65. Llodra Calvo JC. Libro Blanco. Encuesta Poblacional: la salud bucodental en España 2010. 1ª ed. Barcelona: Siglo Digital S.L.; 2010.
66. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ. Encuesta de salud oral de España (2000). *RCOE* 2002;7:19-63.
67. Locker D, Slade G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *J Can Dent Assoc* 1993;59(10):830-3, 837-8, 844.
68. Lorenzo Carrascosa, L. Consecuencias del envejecimiento de la población. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2005.
69. MacInnes J, Pérez Díaz J. The reproductive revolution. *Sociological Review* 2009;57:262-284.
70. MacInnes J, Pérez Díaz J. Transformations of the World's Population: the Demographic Revolution. En: Turner BS, Robert JH. *The Routledge International Handbook of Globalization Studies*. 1ª ed.; 2009; 137-161.
71. Masoro EJ. Overview of caloric restriction and ageing. *Mech Ageing Dev* 2005;126(9):913-922.
72. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995;55(4):197-204.
73. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MA, Bueno VL. Oral health status and nutritional deficit in noninstitutionalized older adults in Londrina, Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(3):434-445.

74. Mesas AE, de Andrade SM, Cabrera MA. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology* 2008; 25(1):49-56.
75. Meurman JH, Gronroos L. Oral and dental health care of oral cancer patients: hyposalivation, caries and infections. *Oral Oncol* 2010;46(6):464-467.
76. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Estadística, Gobierno de España. Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENSE 2006).
77. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Guía laboral 2016.
78. Minn YK, Suk SH, Park H, Cheong JS, Yang H, Lee S. Tooth loss is associated with brain white matter change and silent infarction among adults without dementia and stroke. *J Korean Med Sci* 2013;28(6):929-933.
79. Miyazaki H, Shirahama R, Ohtani I, Shimada N, Takehara T. Oral health conditions and denture treatment needs in institutionalized elderly people in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20(5):297-301.
80. Montal S, Tramini P, Triay JA, Valcarcel J. Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. *Gerodontology* 2006;23(2):67-72.
81. Muller F. Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. *J Dent Res* 2015 Mar;94(3 Suppl):14S-16S.
82. Muller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe?. *Clin Oral Implants Res* 2007;18:3:2-14.
83. Naciones Unidas. Estudio Económico y Social Mundial 2007.
84. Nguyen CM, Kim JW, Quan VH, Nguyen BH, Tran SD. Periodontal associations in cardiovascular diseases: The latest evidence and understanding. *J Oral Biol Craniofac Res* 2015;5(3):203-206.
85. Nilsson H, Berglund J, Renvert S. Tooth loss and cognitive functions among older adults. *Acta Odontol Scand* 2014;72(8):639-644.
86. Noguero Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Sicilia Felechosa A, Follana Murcia M. La salud bucodental en España, 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. 1ª ed. Madrid: Avances; 1995.
87. Oeppen RS, Fairhurst JJ, Argent JD. Diagnostic value of the chest radiograph in asymptomatic neonates with a cardiac murmur. *Clin Radiol* 2002;57(8):736-740.

88. Okamoto N, Morikawa M, Tomioka K, Yanagi M, Amano N, Kurumatani N. Association between tooth loss and the development of mild memory impairment in the elderly: the Fujiwara-kyo Study. *J Alzheimers Dis* 2015;44(3):777-786.
89. Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel C. In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity. *Science* 1990; ;250(4981):634-640.
90. Otero Rey E, Peñamaría Mallón M, Rodríguez Piñón M, Martín Biedma B, Blanco Carrión A. Candidiasis oral en el paciente mayor. *Av Odontoestomatol* 2015;31(3):135-148.
91. Pérez Díaz J. Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española* 2005;104:210-226.
92. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(2):81-92.
93. Pinzón Pulido SA, Gil Montoya JA. Validación del Índice de Valoración en Salud Oral en Geriatria en una población Geriátrica Institucionalizada en Granada. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1999;34(5):273-282.
94. Puime Montero P. Programa de Salud Bucodental en Atención Primaria. Xunta de Galicia 2002:24-25.
95. Ramon JM, Subira C. Prevalence of malnutrition in the elderly Spanish population. *Med Clin (Barc)* 2001;117(20):766-770.
96. Ranginwala AM, Chalishazar MM, Panja P, Buddhdev KP, Kale HM. Oral discoid lupus erythematosus: A study of twenty-one cases. *J Oral Maxillofac Pathol* 2012;16(3):368-373.
97. Rodríguez VR, Manas LR, Castiello MS, Martín RD. Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2012;47(4):174-179.
98. Roohafza H, Afghari P, Keshteli AH, Vali A, Shirani M, Adibi P. The relationship between tooth loss and psychological factors. *Community Dent Health* 2015;32(1):16-19.
99. Ruzankina Y, Brown EJ. Relationships between stem cell exhaustion, tumour suppression and ageing. *Br J Cancer* 2007;;97(9):1189-1193.
100. Saez-Prado B, Haya-Fernandez MC, Sanz-Garcia MT. Oral health and quality of life in the municipal senior citizen's social clubs for people over 65 of Valencia, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2016;21(6):672-678.
101. Sancho Castiello M, Abellán A, Rodriguez V, Pérez Ortiz L. Las personas mayores en España. Informe 2000. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. 1ª ed. Madrid: Artegraf, S.A.; 2000.

102. Saura Pérez M, Camacho Alonso F, Martínez Beneyto Y. Gerodontología, en la Atención Moderna. Epidemiología del envejecimiento. En: SEGER. Gerodontología. 1ª ed. Santiago de Compostela; La Ibérica; 2012: 25-32.
103. Silva DD, de Sousa Mda L, Wada RS. Self-perception and oral health conditions in an elderly population. *Cad Saude Publica* 2005;21(4):1251-1259.
104. Sohal RS, Weindruch R. Oxidative stress, caloric restriction, and aging. *Science* 1996;273(5271):59-63.
105. Spanish Geriatric Oral Health Research Group. Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over. The Spanish Geriatric Oral Health Research Group. *Int Dent J* 2001;51:228-234.
106. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing* 2012;41(5):581-586.
107. Suárez Quintanilla J, Otero Rey E, Peñamaría Mallón M, Suárez Alén F. Cambios biológicos en el envejecimiento. En: Sociedad Española de Gerodontología (SEGER). Gerodontología. 1ª ed. Santiago de Compostela: La Ibérica; 2012: 33-45.
108. Subirá Pifarré C, Ramon Torrell J. La salud bucodental de los españoles mayores de 64 años. Impacto en el estado de salud individual. *RCOE* 2000;5(6):613-620.
109. Sweeney MP, Manton S, Kennedy C, Macpherson LM, Turner S. Provision of domiciliary dental care by Scottish dentists: a national survey. *Br Dent J* 2007;202(9):23.
110. Treasure E, Kelly M, Nuttall N, Nunn J, Bradnock G, White D. Factors associated with oral health: a multivariate analysis of results from the 1998 Adult Dental Health survey. *Br Dent J* 2001;190(2):60-68.
111. Vicente López JM. Envejecimiento activo. Libro Blanco. 1ª ed. Madrid: Estugraf Impresores; 2011.
112. Villa A, Villa C, Abati S. Oral cancer and oral erythroplakia: an update and implication for clinicians. *Aust Dent J* 2011;56(3):253-256.
113. Werner RN, Sammain A, Erdmann R, Hartmann V, Stockfleth E, Nast A. The natural history of actinic keratosis: a systematic review. *Br J Dermatol* 2013;169(3):502-518.
114. Wong MC, Liu JK, Lo EC. Translation and validation of the Chinese version of GOHAI. *J Public Health Dent* 2002;62(2):78-83.
115. Xunta de Galicia. O Plan para a dinamización demográfica de Galicia 2013-2016. Horizonte 2020.2011.

116. Zaidi A. Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. Policy Brief, European 2008.
117. Zhou Y, Zhang M, Jiang H, Wu B, Du M. Oral health related quality of life among older adults in Central China. Community Dent Health 2012;29(3):219-223.
118. Zuluaga DJ, Montoya JA, Contreras CI, Herrera RR. Association between oral health, cognitive impairment and oral health-related quality of life. Gerodontology 2012;29(2):667-73.





9. ANEXOS





ANEXO 1.

1. DATOS DEMOGRÁFICOS Y PERSONALES**Localidad:****Edad:****Sexo:**

- Hombre
- Mujer

Estado civil

- Casado/viviendo en pareja
- Soltero/a
- Viudo/a
- Separado/divorciado
- Otros

¿Dónde vive?

- Residencia
- Hogar
 - o Solo
 - o Acompañado

Profesión:**2. SALUD ORAL Y HÁBITOS****1. ¿En qué medida le preocupa a usted actualmente su estado general de salud?**

- Mucho
- Algo
- Poco
- Nada

2. ¿Y su salud bucodental?

- Mucho
- Algo
- Poco
- Nada

3. Usa prótesis

- a. Si
- b. No

4. Le sangran las encías

- a. Si
- b. No

5. Tiene los dientes sensibles

- a. Si
- b. No

6. Caries sin empastar

- a. Si
- b. No

7. Tiene dientes que se mueven

- a. Si
- b. No

8. Dolor o dificultad al abrir o cerrar la boca

- a. Si
- b. No

9. ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?

- Una vez al día
- Dos veces al día
- Tres veces al día
- Algunos días a la semana
- Llevo dentadura postiza

10. Dígame si utiliza alguna vez los siguientes productos para la higiene de la boca

- Los enjuagues bucales (o colutorios)
- La seda (o cinta) dental
- Los cepillos interdentes
- Otros (especificar)

11. ¿Con que frecuencia utiliza usted colutorios o enjuagues bucales?

- Más de una vez al día
- Una vez al día
- Algunos días a la semana
- Esporádicamente
- Nunca

11. ¿Cree que una buena alimentación equilibrada influye en su salud bucodental?

- Sí
- No

12. ¿Lleva algún implante dental?

- Sí
- No
- No sé qué es un implante dental

3. USO DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

13. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista?

- Hace más de dos años
- Aproximadamente un año
- Hace unos seis meses
- Hace menos de seis meses

14. ¿Con que frecuencia cree usted que hay que ir al dentista?

- Cuando se tiene un problema
- Cada dos años
- Cada año
- Cada seis meses

- Cada mes
- NS/NC

16.¿Recuerda el motivo por el que visito al dentista en la última ocasión? (Espontánea)

- Tenía dolor de dientes o muelas
- Por un flemón (infección)
- Tenía que hacer algún empaste
- Por un problema de encías
- Por la mala posición de los dientes
- Revisión
- Limpieza
- Se le cayó o partió un diente o muela
- Quitar un diente o muela
- Problemas por prótesis removibles
- Problemas con ajuste de prótesis fijas
- Implante dental
- Dolores o ruidos al abrir o cerrar la boca
- Por otros motivos (especificar)

17.¿En los últimos 2 años no ha ido al dentista por alguna de estas razones?

- Razones económicas (costes dentales, relacionados con cargos personales o con seguros)
- Miedo o no le gustan los dentistas
- Poca experiencia previa con cuidados dentales
- Demasiado ocupado
- Ningún problema dental
- Problema dental no lo suficiente grave
- No tiene dientes o lleva dentadura postiza
- El dentista no pudo darle una cita conveniente
- Otro
- NS/NC
- Si que ha ido al dentista

18.¿Ha influido la crisis económica en su asistencia al dentista?

- Mucho
- Algo
- Poco
- Nada

19.Si Ud. Tuviere o necesitase prótesis dental ¿asistiría a la clínica dental de un dentista o al laboratorio de un protésico?

- Clínica
- Laboratorio
- NS/NC

4. DIMENSIÓN CALIDAD DE VIDA

20.¿Cómo diría que ha sido su estado de salud general en los últimos 12 meses?

- Muy bueno
- Bueno
- Normal
- Malo
- Muy malo

21.¿Con que frecuencia en los últimos 12 meses ha tenido usted dificultades para comer debido a problemas bucales o dentales?

- Nunca
- Casi nunca
- Ocasionalmente
- Bastante a menudo
- Muy a menudo
- No sabe /no está seguro
- No contesta

22.¿Con que frecuencia ha tenido usted dolores de dientes o de encías en los últimos 12 meses?

- Nunca
- Casi nunca
- Ocasionalmente
- Bastante a menudo
- Muy a menudo
- No sabe/no está seguro
- No contesta

23.¿Ha tenido problemas en su boca, dientes o dentadura postiza en los últimos 12 meses?

- Nunca
- Casi nunca
- Ocasionalmente
- Bastante a menudo
- Muy a menudo
- No sabe/ no está seguro
- No contesta

24.En los últimos 12 meses, ¿a usted evitado sonreír o reírse por la apariencia de sus dientes o dentadura?

- Nunca
- Casi nunca
- Ocasionalmente
- Bastante a menudo
- Muy a menudo
- No sabe/ no está seguro
- No contesta

25.En los últimos 12 meses, ¿ha evitado entablar alguna conversación por la apariencia de sus dientes/dentadura?

- Nunca
- Casi nunca
- Ocasionalmente

- Bastante a menudo
- Muy a menudo
- No sabe/ no está seguro
- No contesta

26.¿Con que frecuencia en los últimos 12 meses ha tenido usted dificultades para llevar a cabo su actividad laboral por problemas bucales o dentales?

- Nunca
- Casi nunca
- Ocasionalmente
- Bastante a menudo
- Muy a menudo
- No sabe/ no está seguro
- No contesta

27.¿Con que frecuencia en los últimos 12 meses ha tenido que reducir su participación en actividades sociales por problemas bucales o dentales?

- Nunca
- Casi nunca
- Ocasionalmente
- Bastante a menudo
- Muy a menudo
- No sabe/ no está seguro
- No contesta

ANEXO 2



Documento de consentimiento informado para participar en un estudio de investigación.

Investigador: Ana Belén Gamallo Moure

Título: *“La Salud bucodental de las personas mayores en Galicia”*

He sido informado/a sobre el estudio a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades que la realización que esta encuesta implica, junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Yo,, doy
consentimiento para que se me realice la encuesta relacionada con el estudio.

En a de de 201

ANEXO 3

ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES A LA ATENCIÓN
BUCODENTAL

CUESTIONARIO N° _____ CENTRO DE SALUD: _____

LOCALIDAD: _____ N° HABITANTES: _____

ODONTÓLOGO/ESTOMATÓLOGO: _____

Tipo de plaza: _____

1.- N° de odontólogos por centro: _____

2.- N° de habitantes a los que proporcionan asistencia sanitaria: _____

3.- ¿Atienden a personas mayores de 65 años?

- Si
- No
- No sabe / No contesta

4.- ¿Qué pacientes atiende con más frecuencia?

- Niños
- Adultos
- Ancianos
- No sabe/ No contesta

5.- ¿Posee el centro algún tipo de estadística en relación a la pregunta anterior?

- Si: ¿Cuál? _____
- No
- No sabe/ No contesta

6.- ¿Cree que posee el centro infraestructuras necesarias para el acceso de personas en sillas de ruedas?

- Si
- No
- No sabe/No contesta

7.- ¿Considera que el gabinete tiene los mecanismos necesarios para atender a personas con silla de ruedas?

- Si
- No
- No sabe/No contesta

8.- ¿Posee el centro de salud atención domiciliaria de afecciones bucodentarias?

- Si: _____
- No
- No sabe/no contesta
-

9.- ¿Posee el centro el instrumental necesario para realizar todos los tratamiento a personas de edad avanzada?

- Si:
- No
- No sabe/no contesta

ANEXO 4

ACCESIBILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES A LA ATENCIÓN
BUCODENTAL

CUESTIONARIO N° _____

CENTRO DE SALUD: _____

LOCALIDAD _____

1.- Reserva de plaza de aparcamientos minusválidos

- Si n° _____
 No

2.- Existencia de paso de peatones frente a entrada:

- Si
 No

3.- Acceso al centro:

a) Anchura mínima libre de obstáculos (1.50m)

- Si
 No

4.- Rampas:

a) Anchura mínima (1.50 m)

- Si
 No

b) Pendiente máxima longitudinal (3m—10%, 3-10m—8%, +10m—6%):

- Si
 No

c) Tramos con giro de 90° (1.50m diámetro)

- Si
 No

d) Pasamanos 0.90m

- Si
 No

5.- Ascensores:

a) Ancho 1.10 m

- Si
 No

b) Profundidad 1.40 m

- Si
 No

c) Puertas 0.80 m (automática)

Si

No

d) Botones 0.90 –1.40 m

Si

No

6.- Aseos:

a) Círculo 1.50 m

Si

No

b) Lavabos sin pedestal

Si

No

c) Altura mínima 0.85 m

Si

No

d) Grifería con palanca

Si

No

e) Inodoro altura 0.45-0.50 m

Si

No

f) Barras a lado de inodoro

Si

No

