

HORSORI
MONOGRÁFICOS **5**

**LA ATENCIÓN A LAS
PERSONAS MAYORES
DESDE UNA APROXIMACIÓN
MULTIDISCIPLINAR**

María José Gómez Torres
(Editora)

HRSORI

PRESENTACIÓN

La calidad de vida que propician, entre otros, los servicios que los países desarrollados ofrecen a las personas una vez cumplidos los 65 años de edad nos hace albergar la esperanza de que puedan tener por delante, al menos, otros 20 años de vida que gestionar de la manera más gratificante que les sea posible y que compartir junto a otras muchas personas, también de su misma generación. Ingresar en la categoría social denominada “tercera edad” no implica que las personas deban renunciar a los proyectos personales, familiares y sociales en los que se encuentran involucrados, ni tampoco a aquellos que tengan intención de iniciar en el futuro, puesto que la trayectoria vital de las personas no termina al cumplir 65 años, ni a los 75, ni a los 80 años de edad. Por el contrario, estas personas pertenecen a un grupo social muy numeroso e influyente a nivel político, económico y social, e individualmente encaran su futuro de maneras diferentes en función de sus circunstancias personales, como podemos ver reflejado en nuestros familiares y conocidos más allegados. Seguro que conocemos casos cercanos a nosotros mismos que pueden ser ejemplos de la actividad y el entusiasmo que muchos de nuestros mayores –de muy diferentes edades– despliegan diariamente en el entorno familiar y social del que forman parte, enfrentándose al arquetipo tradicional que asocia a los ancianos con la imagen de personas inactivas, profundamente deterioradas física y mentalmente que acarrearán gravosas implicaciones sociales, como el gasto social en sanidad, en ayudas frente a la dependencia y/o en pensiones de jubilación, entre otras.

Los cambios demográficos, en los que participa el envejecimiento paulatino de la población, y el análisis de sus consecuencias sociales reclaman una nueva visión de las personas

mayores y una revisión constante de los planteamientos vigentes establecidos para responder a sus necesidades. Así, este libro *La atención a las personas mayores desde una aproximación multidisciplinar* nace con la intención de ofrecer una visión comprensiva de la situación vital de las personas mayores desde diferentes ámbitos profesionales involucrados en su atención. Sus diferentes capítulos conforman una selección de aproximaciones que, lejos de pretender ser exhaustiva, persigue mostrar diferentes formas de conocer una misma realidad y de afrontarla.

El libro se divide en dos partes, la primera de ellas, *Características socio-sanitarias de la vejez*, está dedicada a describir las circunstancias relacionadas con el ámbito de la salud y el ámbito social que caracterizan el día a día de las personas mayores, haciendo hincapié en diversos factores relacionados con la prevención de enfermedades geriátricas, su diagnóstico e intervención. Se aborda en este bloque de contenidos el concepto de salud entendido como un estado que abarca de forma integral al individuo, es decir, como una situación de bienestar físico, psíquico y social que implica una atención personalizada que compromete a particulares e instituciones. En este sentido, el Capítulo 1 “Reflexiones sobre la salud y el envejecimiento” (Dra. Isabel Sánchez Núñez) nos ofrece una visión accesible de lo que significa entrar en la denominada tercera edad, sumergiéndonos sutilmente en la atmósfera propia de la vejez, sus causas, sus cambios y consecuencias. El Capítulo 2 “Demencia y enfermedad de Alzheimer” (Dr. Joaquín Vera Vera) se centra en una enfermedad que representa una dura realidad para un gran número de personas, y para sus familias, logrando transmitir de manera clara las características básicas de esta patología y mostrándonos la dedicación y el cariño que debe acompañar la intervención con estos enfermos. Para finalizar esta aproximación a las características fisiológicas y de salud, el Capítulo 3 “Odontología geriátrica: salud oral y envejecimiento” (Dr. Eugenio Velasco Ortega) aborda la intervención odontológica de las personas mayores desde una perspectiva global del paciente, centrándose en su psicología y características propias y deteniéndose en aspectos preventivos y de intervención para las patologías orales más habituales entre las personas de edad avanzada.

La segunda parte del libro, *La intervención educativa dirigida a las personas mayores*, se dedica a la intervención socio-educativa que las próximas décadas se convertirá en una de las necesidades prioritarias para una parte significativa de la población. Así, el Capítulo 4, “Aprendizaje a lo largo de toda la vida: los programas socioeducativos para personas mayores” (Dra. Lourdes Bermejo García) aborda el sentido y la necesidad de desarrollar, e implementar, programas educativos dirigidos a personas mayores que les ayuden a seguir creciendo como ciudadanos y a lograr que sus necesidades vitales de autoestima y funcionalidad social sean satisfechas y gratificantes para ellas mismas y su entorno social. En el Capítulo 5, “Desarrollo de habilidades sociales en el deficiente mental adulto” (Isabel Chacón Rojas y Celia Morales Falcón) se desarrolla el ámbito de las habilidades sociales y la autonomía personal de las personas desde la perspectiva de la educación especial, es decir, de los adultos con retraso mental que llevan toda su vida trabajando para adquirir las mismas habilidades que las personas “normales” van perdiendo con la edad. Se presenta el diseño y desarrollo de programas dedicados a la adquisición de habilidades sociales desde un planteamiento práctico y descriptivo, logrando componer una visión de la intervención con adultos accesible y útil ante situaciones de dependencia. Por último, el Capítulo 6 “Los mayores ante las Tecnologías de la Información y la Comunicación” (Dra. Juana M^a Ortega Tudela) expone la importancia y la influencia que los avances tecnológicos tienen en nuestra sociedad y en la vida de las personas mayores en particular, destacando el papel que las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación tienen como recurso para estas personas y su entorno.

María José Gómez Torres
Sevilla, Abril 2012.

CAPÍTULO UNO

REFLEXIONES SOBRE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO

Isabel Sánchez Núñez

Introducción

Partiendo de la base del envejecimiento poblacional, el capítulo que vamos a desarrollar nos sumerge en el mundo de los mayores y, dentro de estos, hablamos de «los más mayores», con su consiguiente problemática de dependencias. Lo iniciaremos situándonos en la evolución a lo largo de la historia, analizando los conceptos de vejez, ideas preconcebidas o erróneas, cambio de roles y de valores, posibles causas de envejecimiento, teorías al respecto, bases del envejecimiento celular, y otras teorías. Se abordarán los cambios físicos y psicológicos que ocurren a estas edades y sus repercusiones en la salud.

La importancia del contenido radica en las necesidades de dar a conocer a fondo la realidad del envejecimiento poblacional y sus consecuencias a todos los niveles, dado que hemos de estar preparados y buscar recursos, para anticiparnos a los problemas y diseñar estrategias que hagan que esta faceta de la vida, que abarca sin duda a los más vulnerables, merezca la pena ser vivida.

1. Reflexiones sobre el envejecimiento

Hasta no hace mucho tiempo, las personas representaban el papel social que correspondía a los años cumplidos: se casaban, tenían hijos a edades jóvenes, llegaban a puntos de responsabilidad y bienestar económico en la madurez de la vida

y una vez alcanzados los sesenta o sesenta y cinco años pasaban a formar parte de una *pre-vejez* admitida por los restantes miembros de la familia, y por la sociedad en su conjunto. Se era joven, maduro, viejo... Hoy, sin embargo, no están tan claras las fronteras entre las distintas etapas de la vida:

- Se intenta prolongar la juventud el mayor tiempo posible.
- Se retrasa la edad del matrimonio, o bien se elige la pareja “sin compromisos”.
- El nacimiento y número de los hijos “se programa”.
- Hay personas que llegan a tener nietos antes de los cincuenta años y no por eso se las considera viejas.
- Se adelanta la edad de jubilación, nos encontramos con jubilados en plena forma.
- A los setenta, o setenta y cinco años, muchas personas están en perfecto estado de salud. Los vemos realizando multitud de actividades imposibles años atrás: bailes de salón, viajes, gimnasias de mantenimiento... No se sienten acabados ni marginados. Encontramos ancianos octogenarios con extraordinaria vitalidad.

Podemos decir que ha habido una mezcla de edades cronológicas de la vida. Estaríamos faltando a la verdad si no decimos que las personas “se sienten envejecer”. Antes o después todos los individuos notan, al llegar a una determinada edad, que sus fuerzas no les responden como antes. Suele ser esa sensación, más que ninguna otra la que nos hace pensar en el paso de los años, y en el protagonista de nuestro tema: **el envejecimiento.**

La OMS nos aporta el concepto de *curso de vida* que describe tres periodos. El primero se caracteriza por el aprendizaje, el crecimiento, el desarrollo; le sigue otro basado en la funcionalidad, es el periodo con mayor productividad de las personas; y un tercer periodo que es el de la ancianidad, donde la prevención de discapacidades y el mantenimiento de las funciones son los puntos clave para un buen envejecimiento y una buena calidad de vida. Estaría dentro del marco de envejecimiento activo, concepto en relación con otros como *envejecer con salud, darle vida a los años.*

¿Es un privilegio envejecer?... Esta pregunta tendría muchas respuestas dependiendo de las condiciones en que se

llegue a dicha edad. Sin duda es ineludible, y hoy por hoy “no tiene cura”, es una característica de la que no se libra ningún ser vivo. Resultaría interesante “vivir bien” durante el mayor tiempo posible y envejecer sin minusvalías, quizás así, sí sería posible pensar que ser viejo es un privilegio y no un sin fin de dependencias como en la mayoría de los casos resulta ser. Tiene que disculparme el lector por estas últimas reflexiones que, sin duda, están relacionadas con mi trabajo diario.

La esperanza de vida, o expectativas de vida, la definiremos como el tiempo que le puede quedar a una persona por vivir en un momento dado. Cuanto mayor es la edad de los individuos para los que se calcula, se obtendrán cifras más altas. En 1995, la Esperanza de vida en España al nacer se situaba en 74,4 años los varones y 81 años para las mujeres. Analizaremos estos datos más adelante cuando hablemos de conceptos demográficos. Estas cifras, sin duda, están sujetas a multitud de factores, tales como: ambientales, acontecimientos externos, incidencia de enfermedades, avances en la investigación médica y en la tecnología.

En la actualidad, la esperanza de vida ha alcanzado valores cercanos al “límite máximo de vida”, considerando este como el número máximo de años que ha vivido algún individuo de una especie. Según los datos que tenemos, para la especie humana el potencial de supervivencia parece situarse en torno a los 115 años. Aunque tenemos noticias de personas que han superado estas edades. Siempre han existido personas que han llegado a edades muy longevas. En los libros Sagrados se nombra a Matusalén. El rey de los Tartessos, Argantonio, parece que vivió hasta los 140 años. Siempre ha habido ancianos, pero nunca en una magnitud de número y proporciones de personas envejecidas, y muy envejecidas, como en la actualidad (Kaplan y otros, 2006).

Comentar el concepto de longevidad, como una característica de las personas que han superado las expectativas medias de vida. En España se considera longevas a aquellas personas que han superado los 77 años. Como ya mencionaremos más adelante, la mejora de las condiciones de vida en general, nos lleva a aproximarnos al límite máximo de vida.

Todos tenemos información sobre la existencia de personas centenarias. Son noticias en nuestros medios de comunicación, sus cumpleaños se festejan con especial énfasis y sa-

tisfacción, como un verdadero desafío y logro. El informe de población de la ONU de 1999 marca diferencia entre: octogenarios, nonagenarios y centenarios. Todos ellos estarían incluidos en lo que conocemos como *cuarta edad*.

En cualquier diccionario médico encontraremos de manera escueta la definición de envejecimiento como «el conjunto de modificaciones que el factor tiempo produce en el ser vivo».

Todos tenemos claro en nuestra mente la diferencia entre una persona joven y otra por la que ha pasado el tiempo. No manejamos dudas para distinguir un concepto de otro en todo lo que nos rodea: nuestras ropas, coches, casas, etc. No parece tan sencillo a la hora de intentar entender el envejecimiento fisiológico, desde el corazón mismo de las células y sus orgánulos, y sobre todo cuando hablamos de su causa o causas ya que se basa fundamentalmente en hipótesis que acaban mezclándose, no pudiéndose erigir ninguna de ellas como motivo único para explicarnos el declinar de nuestro organismo. Ninguna de ellas nos da una explicación lógica de todos los aspectos que abarca la involución de nuestro organismo. Sin duda, hay teorías más aceptadas que otras al intentar responder a: ¿Qué es el envejecimiento? ¿Cuándo se inicia este proceso? ¿Por qué envejecemos?

Como veremos más adelante, el envejecimiento poblacional se considera un hecho extremadamente positivo, propio de sociedades desarrolladas, sin perder de vista que se plantean grandes retos: sanitarios, sociales, sociológicos, económicos..., para los que sin duda no estábamos preparados. En el sistema sanitario tiene un tremendo impacto como consecuencia del aumento de prevalencia de enfermedades crónicas, y el gran porcentaje de personas con dependencias que supone una importante demanda de servicios socio-sanitarios.

A lo largo del desarrollo del tema veremos todos los cambios posibles para explicar este proceso. Comentar que, remontándonos a 1957, en el Simposio *The Biology of Aging*, que se celebró en Catlimburg, Tennessee, se llega a la conclusión de que una descripción del envejecimiento reducida a mecanismos que se comprendan bien, en un sistema tan integrado como las células vivas, no es posible por el momento. No es fácil distinguir entre las causas y los efectos, y por ello no se sabe si el envejecimiento deriva de una causa única o

de muchas de ellas. Sin embargo, una conclusión es evidente. La explicación del envejecimiento se basará en las modificaciones observadas en las estructuras y en el reparto de las sustancias macro y micro celulares que componen las células. Es necesario comentar que no tiene toda la razón el aforismo senequiano «la vejez misma es la enfermedad». Este periodo de la vida no tiene por qué ser necesariamente un cúmulo de enfermedades. En los diálogos de Cicerón *De senectute*, por el contrario, nos da consejos sobre la manera de llevar una vida saludable, para «como los buenos vinos, envejecer sin agriarse». Conceptos, sin duda, todos ellos discutibles. Todos conocemos a ancianos que llegan al fin de sus días “por agotamiento de su organismo” y fallecen sin enfermedad aparente. Este sería un envejecimiento fisiológico o “normal” y lo distinguiremos del envejecimiento patológico al que se llega con una importante pluripatología o lo que es lo mismo, con un cúmulo de enfermedades que merman notablemente la calidad de vida, y aumentan en la misma tasa de dependencia.

2. Concepto de envejecimiento

Lo definiremos como un proceso adaptativo, lento, continuo, intrínseco, con múltiples causas, características individuales, con una estrecha dependencia del tiempo, asincrónico, que indica cambios, con carácter universal y progresivo, que convierte a los adultos sanos en personas frágiles, con una importante disminución de la mayoría de los sistemas fisiológicos, haciéndonos más propensos y vulnerables a las enfermedades y a la muerte:

- *Vulnerabilidad, fragilidad*: de hecho, uno de los principales rasgos que caracterizan a las personas en estas edades es la pérdida de la capacidad de adaptación a los cambios y al medio ambiente.
- *Proceso lento, continuo*, que invariablemente finaliza cuando sucede la muerte del individuo, dura por tanto “toda la vida”, nos vamos adaptando a él y al concepto de salud relativa, envejecemos “desde dentro”. Cada vez que nos referimos a él, estaremos hablando no solamente de merma, o pérdida, de funciones fisioló-

gicas, sino también del deterioro de órganos, de sus componentes celulares y de los orgánulos dentro de ellas. Por tanto, no resulta fácil separar el envejecimiento como un proceso biológico que es, al igual que el desarrollo, la maduración de las patologías que se acumulan con la edad.

- *De causa multifactorial*, que está condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos, sanitarios, avances en los diagnósticos y prevención de enfermedades, introducción de nuevos tratamientos...
- *Asincrónico*: viene a decirnos que no todo el organismo envejece al mismo tiempo, hay funciones que se conservan hasta bien entrada la edad, y otras que se deterioran mucho antes. El órgano que más precozmente envejece es la piel, y el que lo hace con más posterioridad, es el cerebro.
- *Con características individuales*, digamos que cada persona tiene “su propia forma de envejecer”. Los ancianos, en contra de lo que se piensa, son un grupo tremendamente heterogéneo.
- *Indicador de cambios*: aquí, no todos los autores están de acuerdo, de hecho, algunos piensan que el envejecimiento es una etapa de estabilidad.
- *Universal*: todo envejece, no es un hecho exclusivo del ser humano. Supone una importante disminución de todos los sistemas fisiológicos: “todo empeora con la edad”.

De manera que, teniendo en cuenta esta definición, el envejecimiento sería consecuencia de la pérdida de funcionalidad y de la pérdida de adaptación o resistencia al estrés. Podríamos simplificarlo como: la incapacidad progresiva del organismo para mantener la homeostasis, entendiendo como tal, la tendencia al equilibrio, o estabilidad orgánica, para conservar las constantes biológicas. Un organismo manifiesta envejecimiento, cuando decrece su vitalidad y cuando, proporcionalmente, aumenta su vulnerabilidad.

Tras una definición tan extensa, pongamos una nota de optimismo y hagamos justicia diciendo que, en cualquier momento de la vida de las personas, hay pérdidas y ganancias, no hay ni una sola etapa que se caracterice solo por una de ellas.

La proporción de pérdidas y ganancias va cambiando a lo largo del ciclo vital. Es cierto que, en la vejez, las primeras pueden superar a las segundas, pero también hay un despliegue efectivo de funciones, unas que se conservan y otras nuevas que se desarrollan: nos referimos a las capacidades creativas, crecimiento personal, sabiduría, serenidad...

Cualquier déficit, pérdida o limitación, puede suponer la creación de nuevas capacidades. Las discapacidades que manifiesta una persona en un momento dado, pueden ser el inicio de una etapa de aprendizaje, por ejemplo: nuevas tecnologías, etc.

3. Las edades del hombre. Estereotipos. Terminologías

El envejecimiento, probablemente al contrario que el crecimiento, no sea un fenómeno genéticamente programado, aunque no todos los autores piensan de igual manera. Los que defienden la idea de que la duración de la vida y la disminución de la actividad biológica está activamente programada en el genoma se basan en el rápido envejecimiento y muerte de los salmones tras cumplir con su misión reproductora, la degeneración de células musculares durante la metamorfosis de los insectos y la muerte de células específicas durante el desarrollo de los nematodos.

La vida de un organismo es equiparable al espacio biológico del que dispone para la consecución de sus innumerables cometidos. Debido a la asincronía ya mencionada, la funcionalidad de un organismo está influida por el proceso de envejecimiento del mismo, pero que no marca el grado de envejecimiento de todo el organismo.

¿CÓMO PODEMOS OBJETIVAR EL ENVEJECIMIENTO?

Hablaremos de lo que se describe a continuación:

- Los *biomarcadores*, o marcadores de expresión metabólica. Son parámetros que dentro del rango de la normalidad, varían con la edad. Nos referimos a: la albúmina, la glucemia, el colesterol y los triglicéridos, el ácido úrico, las concentraciones de hormonas de nuestra glándu-

la tiroides y de testosterona. Tendremos en cuenta que el concepto de biomarcador es discutible, no todos los autores del tema están de acuerdo con ellos.

- Las *mediciones antropométricas*. Estas también nos orientan hacia la edad cronológica. Nos referimos al Índice de masa corporal que decrece a medida que va avanzando la edad por el retroceso de la masa muscular. La disminución de la superficie corporal: todos nuestros abuelos nos han dicho alguna vez: tú creciendo, yo menguando.
- *Concepto matemático del envejecimiento*, utilizando complejos procedimientos de cálculos vectoriales (Salgado y otros, 1986: 27).
- Aplicando un *test de capacidad funcional*, que nos orientan cómo va progresando el envejecimiento.

¿CUÁNDO SE INICIA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO?

Si consideramos el envejecimiento como un decrecimiento, este se inicia a partir del momento en que el organismo ha alcanzado la máxima efectividad en el medio, siempre después de la fase de máxima capacidad reproductora que coincide con la “vida óptima” y nunca antes de finalizar el crecimiento

¿A PARTIR DE CUÁNDO PUEDE DECIRSE QUE ALGUIEN “ES VIEJO?”

Digamos que no existe edad concreta para el envejecimiento. Comentar que desde el punto de vista administrativo, la vejez puede situarse sobre los 60 y los 65 años, coincidiendo con la edad de jubilación, esto está lejos del envejecimiento fisiológico, que lo situaremos entre los 75 y los 80 años. Importante tener en cuenta las características individuales.

En la especie humana podríamos situarnos sobre los treinta años, cuando comienza a disminuir la hormona del crecimiento (GH). La máxima vitalidad o vida óptima se alcanza con la culminación del crecimiento y diferenciación, es decir, cuando la tasa de GH llega a su límite superior.

Por tanto, el desarrollo viene sucedido por el envejecimiento en la medida en que el primero cumple su programa. Todos conocemos a personas mayores que se sienten jóvenes y se mantienen muy activas, y a jóvenes “viejos” en su aspecto y comportamiento, de manera que hay “viejos jóvenes”, y “jóvenes viejos” que se saltan las reglas de lo establecido.

<i>Periodo de la vida (años)</i>	<i>Cuestiones en conflicto en cada etapa</i>	<i>Valores emergentes</i>
Infancia (0-1)	Confianza básica frente a desconfianza	Esperanza
Niñez temprana (1-6)	Autonomía frente a la culpabilidad	Voluntad
Edad del juego (6-10)	Iniciativa frente a la inferioridad	Propósitos
Edad escolar (10-14)	Efectividad frente a inferioridad	Competencia
Adolescencia (14-20)	Identidad frente a confusión de identidad	Fidelidad
Adulto (20-35)	Intimidación frente a aislamiento	Amor
Madurez (35-65)	Capacidad generadora frente a estancamiento	Cuidado
Vejez (más de 65)	Integridad frente a desesperación	Sabiduría

Tabla 1: Periodos vitales, cuestiones y conflictos.

El término envejecimiento se usa con dos significados distintos: *desde las ciencias sociales y del comportamiento* se asocia a una etapa de desarrollo. *Desde el punto de vista biológico* se refiere al deterioro y pérdidas que se manifiestan en las últimas etapas de la vida. Cuando nos referimos a las personas por su “edad cronológica”, se usa el término “persona de edad” o “mayor”. Respecto a los calificativos y basándonos en estudios realizados al respecto, la forma, que las personas de edad consideran más acertada para referirse a ellos mismos serían: “mayores”, “tercera edad”, “viejos”, “ancianos”, así por este orden. Veamos matices de estos conceptos:

Procesos	<i>Etapas</i>	<i>Personas</i>
<i>Normal</i>	Vejez	Viejo
	Senescencia	Senescente
<i>Patológico</i>	Senilidad	Senil
	Senectud	Senecto

Tabla 2: Términos para diferenciar el envejecimiento normal y el patológico.

Respecto a la terminología utilizada para denominar a las personas dentro del ámbito socio-cultural en el que se integran:

Status	<i>Etapas</i>	<i>Personas</i>
<i>Familiar</i>	Abuelo	Ser abuelo
<i>Social</i>	Anciano	Ancianidad
<i>Laboral</i>	Retirado/Jubilado	Retiro/Jubilación
<i>Legal</i>	Pensionista	Tercera y cuarta edad

Tabla 3: Términos para designar status, personas y etapas.

Hay que tener en cuenta “las edades” derivadas de la forma de medir el tiempo durante el ciclo vital. Así hablaremos de:

- *Edad cronológica*: de manera sencilla podemos decir que es el número de años de vida que tiene una persona. La edad biológica incluiría conceptos bioquímicos, anatómicos, biológicos y fisiológicos. Cambios que ocurren en el organismo con la edad.
- *Edad psicológica*: o capacidad de adaptación del individuo a las exigencias ambientales cambiantes en comparación con otros sujetos de igual edad cronológica o de otras edades. Digamos que hay tantas edades psicológicas como ambientes concretos que deben afrontar las personas.
- *Edad social*: basada en el conjunto de status que asume el individuo a lo largo de su vida. Por ejemplo: casado, trabajador en activo, etc.

CAPÍTULO TRES

ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA: SALUD ORAL Y ENVEJECIMIENTO

Eugenio Velasco Ortega

Introducción

Los datos demográficos indican el envejecimiento paulatino de la población española y mundial. En la sociedad actual, el número de personas mayores de 65 años está creciendo y el porcentaje de ancianos con más de 80 años se incrementa notablemente. Vivimos en la era del envejecimiento. Constituye un auténtico boom el interés por la Gerontología y esto es explicado en parte por el desarrollo de este grupo de población. La mayor expectativa de vida es el resultado de las mejores condiciones de vida, una mejor salud pública y el rápido crecimiento y avance de la ciencia médica.

Cada vez más, los ancianos ocuparán el papel que les corresponde socialmente, por lo que los fenómenos relacionados con el envejecimiento biológico natural y patológico serán objeto de investigación creciente. En efecto, desde una perspectiva interdisciplinaria, los factores sanitarios, socioculturales, económicos o psicosociales que confluyen en la vejez deberán ser valorados adecuadamente por los investigadores interesados por el conocimiento y desarrollo de la ciencia gerontológica y geriátrica.

1. Envejecimiento oral

La cavidad oral como el resto del organismo no escapa al paso de los años. La edad provoca cambios en las estructuras bucodentales que conforman el proceso de envejecimiento

oral. Sin embargo, la edad puede tener varios significados en odontología:

- *La edad como factor de tiempo* significa que los ancianos han estado expuesto a un factor etiológico o de riesgo durante más tiempo que una persona más joven. Los resultados pueden implicar más dientes afectados por caries, o más bolsas periodontales, como consecuencia de la acción permanente de la placa dentogingival. Así mismo, puede resultar mayor prevalencia de lesiones orales (ej. cáncer oral) por el mayor tiempo de exposición a los irritantes locales como el tabaco y el alcohol.
- *La edad como fenómeno biológico* significa que la calidad de vida de los tejidos orales cambia como consecuencia de la edad cronológica. El envejecimiento cambia la respuesta biológica a la exposición de factores etiológicos o de riesgo. La enfermedad no es provocada por la edad, pero la reacción a dichos factores es diferente por el envejecimiento. Por ejemplo, la retracción gingival del anciano expone superficies radiculares que pueden favorecer la aparición de caries. No siempre el envejecimiento supone un aspecto negativo sobre el desarrollo de la enfermedad oral. Así, los ancianos presentan menor progreso o severidad de la enfermedad periodontal que los jóvenes y adultos, aunque pueden presentar una mayor localización o extensión de la misma.
- *La edad como norma social* significa que, con frecuencia, definimos a las personas como ancianas o mayores en función de su aspecto exterior y no del estado funcional o de otras aptitudes. En este sentido, los ancianos sufren las consecuencias de normas sociales, laborales (jubilación), educacionales restrictivas, familiares (soledad) que actúan sobre su conducta y salud oral.

2. La Odontología Geriátrica como disciplina

La odontología, como la medicina, han reconocido el cambio social derivado del envejecimiento humano y está incre-

mentado la atención al paciente geriátrico. Cada vez, será mayor el porcentaje de personas mayores de 65 años que mantendrán sus dientes naturales presagiando un considerable cambio en las necesidades geriátricas odontológicas.

En un sentido amplio, la odontología geriátrica no es un campo nuevo. La atención de la salud oral del anciano en la consulta diaria ha sido una práctica habitual. Sin embargo, debemos reconocer que el tratamiento prestado no ha sido siempre el más adecuado. Como consecuencia de esto, el edentulismo total es el estado oral más prevalente en la senectud. No obstante, no existen pruebas científicas ni epidemiológicas que indiquen que la pérdida de dientes o las enfermedades orales específicas sean un concomitante necesario con el proceso de envejecimiento oral. La mortalidad dental puede considerarse, así, un crudo indicador indirecto de la salud oral y de la atención odontológica ofrecida.

Aunque los ancianos son definidos, frecuentemente, como los individuos mayores de 65 años, este criterio cronológico, no es el más adecuado en odontología, porque existen demasiadas variaciones físicas, mentales y sociales entre los personas de edad avanzada. Hay ancianos relativamente sanos, cuyo tratamiento dental no presenta problemas para la práctica de la odontología general. Sin embargo, hay individuos ancianos con incapacidad física o deterioro mental que requieren una atención odontológica especial.

En un sentido estricto, la odontología geriátrica se define como la prestación de cuidados bucodentales para los adultos mayores con uno o más padecimientos crónicos, debilitantes, físicos o mentales con medicamentos asociados y/o problemas psicosociales. Es cierto, que muchas de estas condiciones sistémicas se incrementan con la edad cronológica, pero no son consecuencia del envejecimiento. Desde esta perspectiva, un individuo de 60 años con un compromiso biológico serio de su salud, constituiría asimismo un paciente geriátrico. La profesión dental debe empezar —sobre todo en España— a reconocer la importancia creciente de la odontología geriátrica. En este sentido, los odontólogos deben prestar más atención al mantenimiento de la salud oral de los ancianos.

Nace así, la Gerodontología como una disciplina del saber odontológico con el objetivo de desarrollar y conocer la salud oral del anciano, valorar los factores relacionados con

el envejecimiento oral y promover los cuidados odontológicos que esta población especial necesita. En 1986, se creó por la Federación Dental Internacional un grupo de trabajo designado por la Comisión de Educación Dental y Práctica para estudiar el estado de la atención gerodontológica. Un estudio inicial fue dirigido a diversos profesionales de la salud dental (odontólogos, higienistas), obteniéndose tres áreas de consenso como respuesta:

1. Los ancianos no valoran su salud oral como su salud general. Esto puede deberse a varias razones. En primer lugar, los ancianos acuden más a la consulta médica que al consultorio dental porque sienten más la necesidad de tratamiento médico que la necesidad de satisfacer el cuidado oral. En segundo lugar, la mayoría de los establecimientos públicos geriátricos (residencias, asilos, hospitales) ofrecen cuidados médicos pero no odontológicos. En tercer lugar, los ancianos deben costear de su propia economía la mayor parte del tratamiento dental.
2. Los odontólogos y demás profesionales del área dental no tienen suficiente formación gerodontológica. Por tanto, se debe recomendar la adquisición de los conocimientos suficientes teóricos y prácticos de los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, así como del estado de salud general a fin de tomar las decisiones personales que cada paciente dental senecto necesita.
3. Los ancianos tienen dificultad para acceder al consultorio dental. Las instalaciones dentales deben ser de fácil comunicación y el entorno debe ofrecer seguridad. El ambiente debe favorecer los espacios libres y un acceso cómodo. El personal debe estar familiarizado con el trato personal a las personas mayores. En un estudio posterior se valoró cuáles eran los medios más adecuados para incrementar la conciencia del anciano hacia su salud oral. Las respuestas indicaron claramente los medios públicos (TV, radio, prensa, publicidad). La educación individual por los profesionales sanitarios ocupó el segundo lugar.

En 1990, se fundó en Amsterdam, el Colegio Europeo de Gerodontología con el objetivo de crear un foro de contacto entre todos los profesionales interesados en la odontología geriátrica para promover la investigación y el intercambio de ideas para contribuir a mejorar la salud oral del anciano. La Gerodontología, pues, trata de llenar el vacío existente entre el campo geriátrico-gerontológico y los cuidados bucodentales que la población senecta necesita para gozar de un buen estado de salud oral.

La odontología geriátrica, además de constituir una filosofía de tratamiento dental integral, puede ser entendida como una disciplina o especialidad de la odontología. En este sentido, como la odontopediatría, proporciona el cuidado odontológico a una población de pacientes identificada por la edad. Sin embargo, no todos los niños requieren los servicios del odontopediatra, ni la mayoría de los ancianos, los del gerodentólogo. La mayor distinción entre ambas facetas de la atención dental radica en que los niños tienen padres que asumen la responsabilidad del tratamiento dental, mientras que los ancianos son responsables de su atención dental, aunque residan en una institución.

Como especialidad, la gerodontología del futuro debe desarrollar las medidas restauradoras y, sobre todo, preventivas. Sin embargo, para que este acopio de conocimientos pueda ser proporcionado al paciente geriátrico, el odontólogo debe modificar su actitud negativa hacia la atención dental del paciente de edad avanzada. La promoción de la salud oral entre los ancianos debe ser alentada a través de esfuerzos educacionales, organizativos, económicos y ambientales para desarrollar un cambio en su actitud hacia su salud oral.

3. Psicología del paciente dental geriátrico

La senectud no solo implica cambios estructurales y biológicos, sino también modificaciones en la psicología de la persona de edad avanzada, en su actitud, conducta y comunicación. Con el paso de los años, se van produciendo una serie de cambios psicológicos, muchos de los cuales están en relación con las transformaciones cerebrales propias del envejecimiento. Otros, guardan relación con el deterioro físico

al que se añaden un buen número de enfermedades sistémicas que causan invalidez en el anciano y provocan situaciones psicológicas de aislamiento y soledad.

Estos procesos influyen negativamente sobre la psicología individual del anciano y se incrementan con la acción de los tratamientos médicos que tienen que ser aplicados para aliviarlos. Muchos de estos medicamentos favorecen la depresión, la demencia y otras alteraciones psíquicas. De esta forma, mientras que la mayoría de los individuos de edad pueden considerarse que tienen un envejecimiento psicológico normal, existe un continuo aumento de pacientes geriátricos con trastornos psiquiátricos. A veces, resulta difícil establecer el límite entre envejecimiento mental normal y envejecimiento mental patológico.

Al igual que otros órganos, el desarrollo del cerebro se estimula mediante un ambiente físico favorable, de este modo, por medio del aprendizaje social y cultural se mejora su función. Como consecuencia, los cambios en la función cerebral que aparecen en la senectud no son únicamente resultado de cambios regresivos, sino también del descenso de las diversas actividades que conforman la vida activa diaria.

La capacidad o función intelectual decrece con la edad avanzada. La posibilidad de resolver nuevos o complejos problemas se hace más difícil. El juicio se concretiza. Con frecuencia, las personas ancianas compensan esta menor capacidad con una ejecución más lenta que llega a ser incluso más precisas. En la vejez se hace más difícil obtener nuevos conocimientos y aprender innovadoras técnicas. La información acumulada durante toda la vida puede impedir o limitar la recepción de información nueva. Esto, unido al deterioro de la memoria, ocasiona, a menudo, la imposibilidad de discernir la información importante de la menos relevante.

El estado psicológico del anciano interviene de forma decisiva en la asistencia odontológica que precisan, pudiendo influir en el diagnóstico y tratamiento de muchos problemas orales. En este sentido, es importante la forma en que se presenta cualquier información a las personas de edad. En la práctica gerodontológica, cuando se realiza enseñanza de higiene oral o cuidados prostodóncicos, debe huirse de explicaciones complejas y teóricas por parte del odontólogo o el personal dental. Se recomiendan las sesiones de forma prác-

tica, fomentando que los pacientes ancianos las realicen, ellos mismos, en el consultorio dental.

No hay que olvidar que la motivación disminuye con la edad, y si presionamos demasiado a nuestros pacientes geriátricos con instrucciones de salud oral pueden cansarse y abandonar el plan de tratamiento. Por ello, las medidas preventivas deben presentarse en periodos cortos de tiempo y, en casos de deterioro intelectual mayor, en presencia del familiar o persona que está a su cuidado. La capacidad perceptiva se deteriora también con el envejecimiento, debido, en parte, a la decreciente función de los órganos de los sentidos, y se manifiesta, sobre todo, en la interpretación o asimilación de estímulos complejos.

Una buena comunicación con el paciente anciano es esencial para el éxito del tratamiento odontológico. Algunos pacientes presentan desconfianza y retraimiento en la consulta dental ante las explicaciones del odontólogo, y ello puede ser debido a una menor audición o visión. Esta pérdida en la capacidad de diferenciar las distintas percepciones aísla psicológicamente al anciano. A veces, los ruidos e interferencias pueden alterar la comunicación entre el odontólogo y el paciente geriátrico (aire acondicionado, hilo musical, etc.). Para prevenir esta situación, el odontólogo debe dirigir, mientras habla, su mirada al paciente y hacerlo de forma pausada.

Con la senilidad se experimentan cambios en el lenguaje que se vuelve más lento y pobre con menor agilidad para establecer conceptos abstractos. Cuando el deterioro senil es grave, puede resultar difícil mantener una conversación que no sea elemental. El lenguaje puede ser monótono y aburrido. Este hecho es de suma importancia cuando realizamos una historia dental. Mientras valoramos los antecedentes médicos, odontológicos y terapéuticos del anciano, es recomendable repasar cada uno de ellos y, si es posible, contrastar toda la información obtenida con la remitida por su médico de cabecera o su especialista correspondiente.

Otra fuente importante de conflictos psicológicos en el anciano lo constituye la jubilación. En la actualidad, nos encontramos con la paradoja de que la esperanza de vida ha aumentado y, sin embargo, la edad de jubilación se ha anticipado por cuestiones socio-laborales. La jubilación arroja en