

TREBALL DE FINAL DE CARRERA

Valoració qualitativa de la salut oral d'una població
institucionalitzada de la tercera edat

*La construcció cultural i social de la salut/malaltia oral i del dolor associat, en
residents de la tercera edat. Què entenen i què significa per a ells la salut oral*

Autor: Nicolau Sixto Tàpia

Consultor i director del projecte: Èlia Susanna i López

Professora responsable de l'assignatura: Begonya Enguix Grau

Titulació: Llicenciatura en Humanitats

Data: Juny 2013

ÍNDEX

1. RESUM	1
2. INTRODUCCIÓ	2
2.1. TEMA DE RECERCA.....	2
2.2. JUSTIFICACIÓ.....	2
3. OBJECTIUS	5
3.1. HIPÒTESI.....	5
3.2. PLANTEJAMENT DELS OBJECTIUS	5
4. MARC TEÒRIC	6
4.1. ANTROPOLOGIA MÈDICA: CONCEPTE	6
4.2. ANTROPOLOGIA MÈDICA: BREU RESUM HISTÒRIC	7
4.3. LES TRES DIMENSIONS -CULTURAL, SOCIAL I BIOLÒGICA- DE LA MALALTIA	8
4.4. CAMPS D'APLICACIÓ DE L'ANTROPOLOGIA MÈDICA	10
4.5. CONCEPTUALITZACIÓ DEL DOLOR/PATIMENT	10
4.6. CONCEPTUALITZACIÓ VELLESA/TERCERA EDAT	12
5. MARC ESPECÍFIC	15
5.1. POBLACIÓ INSTITUCIONALITZADA	15
5.2. SALUT ORAL I TERCERA EDAT.....	16
5.3. MARC LEGAL I CULTURAL DEL SISTEMA SANITARI	18
5.4. ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA I PRESTACIONS ODONTOLÒGIQUES A CATALUNYA.....	21
6. METODOLOGIA	23
6.1. CAMP D'ESTUDI I POBLACIÓ	23
6.2. MÈTODE DE RECOLLIDA DE DADES	23
6.3. TIPUS DE DADES.....	24
6.4. MODEL D'ANÀLISI.....	25
7. ANÀLISI DE DADES	26
7.1. UNITAT D'OBSERVACIÓ	26
7.2. ENQUESTA SOBRE SALUT ORAL I QUALITAT DE VIDA.....	30
7.3. VALORACIÓ QUANTITATIVA	33
7.4. COMPARATIVA: ENQUESTA/VALORACIÓ CLÍNICA QUANTITATIVA	36
7.5. ENTREVISTES QUALITATIVES	39
8. CONCLUSIONS I HIPÒTESIS DE CONTINUÏTAT	49
8.1. CONCLUSIONS.....	49
8.2. HIPÒTESIS DE CONTINUÏTAT	51
9. REFERÈNCIES	52
9.1. BIBLIOGRAFIA	52
9.2. RECURSOS ELECTRÒNICS	53
10. ANNEXOS	58
10.1. QÜESTIONARI DE L'ENQUESTA DE SALUT ORAL I QUALITAT DE VIDA.....	58
10.2. GUIA D'ENTREVISTA AMB ELS INDICADORS	59
10.3. FORMULARI D'AVALUACIÓ DE SALUT BUCODENTAL DE L'OMS.....	60

1. Resum

Aquesta recerca té per objectiu valorar qualitativament la situació de salut/malaltia oral d'un col·lectiu de residents de la 3^a edat, descobrir com la perceben i extreure els significats que ells li atorguen. Per bé que ja hi ha treballs que valoren salut oral i qualitat de vida en pacients geriàtrics i també institucionalitzats, quasi tots ho fan en base a qüestionaris estandarditzats i mètodes quantitius. S'ha pretès aquí un enfocament més qualitatiu, propi de l'antropologia mèdica.

Es parteix de la hipòtesi que tal com hi ha una construcció social de la realitat - segons Berger i Luckman- també hi haurà una construcció cultural i social de la salut/malaltia oral per part dels residents i del seu entorn. Per verificar-ho s'han plantejat els objectius en tres eixos principals: conèixer la percepció que les persones de la 3^a edat institucionalitzades tenen respecte a la seva salut oral, veure fins a quin punt aquesta percepció pot diferir de l'apreciació del professional sanitari i analitzar la possible construcció cultural i social de la salut/malaltia oral dels residents. En el treball es repassa el marc teòric general i l'específic i es conceptualitzen els diferents aspectes involucrats. Els mètodes d'obtenció de dades han estat un qüestionari sobre salut oral i qualitat de vida, un examen clínic i sobre tot unes entrevistes.

L'anàlisi d'aquestes dades ens ha mostrat que:

- 1) L'enquesta sobre qualitat de vida i salut oral revela poca afectació i una baixa percepció de malaltia oral en aquest col·lectiu
- 2) Això no es correspon amb la valoració de la salut oral feta pel metge estomatòleg, que diagnostica més patologia
- 3) El silenci a les enquestes no sempre és sinònim de satisfacció sinó sovint d'adaptació o de resignació, on s'amaga l'aflicció
- 4) Els residents de la 3^a edat construeixen la seva salut/malaltia oral en funció de la seva biografia, historial de dolor i del medi institucional
- 5) Es comprova la poca dimensió social de la malaltia oral en aquest àmbit residencial

2. Introducció

2.1. Tema de recerca

El tema principal és valorar qualitativament la situació de salut/malaltia oral d'un col·lectiu de residents de la 3^a edat, des del seu punt de vista; veure com aquestes persones perceben la seva salut oral i la influència d'aquesta en la seva vida quotidiana així com quines són les seves necessitats sentides de tractament; tot això contemplat en un entorn d'institució tancada i des de l'òptica dels propis interessats però posat en relació amb l'estudi quantitatiu practicat alhora pel professional sanitari.

2.2. Justificació

La justificació principal per a l'elecció d'aquesta temàtica ha estat la poca atenció que dedica l'antropologia mèdica a la salut oral i l'odontologia. Això és fàcilment comprovable: tant se val si, a títol d'exemples, agafem dos tractats clàssics de l'antropologia mèdica nord-americana¹ o una antologia francesa² o, més a prop nostre, una exhaustiva recensió bibliogràfica de la disciplina a Espanya³; en cap d'aquests casos hi trobarem referències a la salut oral. Semblaria que la manca de dents o el mal de queixals no resulten antropològicament significatius. Igualment, si cerquem a Internet tot vinculant Antropologia i Odontologia, la majoria d'entrades corresponen a la paleoantropologia o a la medicina forense però no trobarem quasi res contemplat des d'una perspectiva social. Així doncs si a l'any 1980 Jesús M. De Miguel escrivia aquestes paraules "Es llamativo el olvido por parte de los científicos sociales (incluso más los antropólogos que los sociólogos) por el tema de la medicina..."⁴, a dia d'avui encara prou podríem aplicar-les a l'àmbit de l'odontologia i la salut oral.

¹ -Brown, Peter J. and Barrett, Ron (1998). *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Second Edition (2010). New York: Mac Graw-Hill.

-Johnson, Thomas M. and Sargent, Carolyn F. (ed.) (1990). *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger Publishers.

² Jean Benoist *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie. Tome I* (2002). http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/petite_biblio_anthro_med_t1/petite_biblio_anthro_po_med_t1.pdf

³ Enrique Perdiguero i Josep M. Comelles (eds). "Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1969-2000)" (pp. 361-446: 85 pàgines de referències bibliogràfiques) a *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Edicions Bellaterra, Barcelona 2000

⁴ Jesús M. De Miguel, "Introducción al campo de la antropología médica", a Kenny, Michael i De Miguel, Jesús M. *La antropología médica en España*. Ed. Anagrama, Barcelona 1980; p. 12

El motiu per escollir aquest tema concret és perquè volia que la meua recerca tingués una utilitat pràctica, tot comprovant com l'antropologia mèdica és un instrument vàlid per assolir un millor coneixement de la realitat també en el camp de la salut oral. Aquest apropament antropològic té sentit en el benentès, tal com diuen Perdiguero i Comelles, que es tracta d'arribar a una **convergència** de coneixements des dels diferents camps de les ciències socials i de la salut, però "aquesta nova convergència no significa convertir a tots el metges, o a totes les infermeres i infermers, en antropòlegs, o a tots els antropòlegs de la medicina en metges i infermeres o infermers. No es tracta d'això. Cadascú ha de poder, si així ho decideix, definir la seva pròpia identitat"⁵. No es tracta doncs d'obviar l'abordatge quantitatiu que em pertoca fer per la meua condició de metge substituint-lo per un de qualitatiu, sinó de sumar i complementar però donant més rellevància al segon en aquesta recerca. En qualsevol cas sí es tracta d'arribar a ser més coneixedor i eficient, cercant ara els significats que dóna el pacient a la seva salut oral.

En la meua vida professional treballa de metge estomatòleg en una Àrea Bàsica de Salut del Vallès Oriental i per tant he pogut apreciar un seguit de realitats que m'han portat a tractar aquest tema: dins la meua àrea d'actuació hi ha 9 residències de la 3^a edat però com en el funcionament del nostre sistema sanitari públic no és habitual que l'odontòleg/estomatòleg ni altres especialistes es desplacin, són aleshores els pacients que han de dirigir-se al centre sanitari de referència per a la visita amb ells. Però el fet és que només ve algun resident de manera extraordinària quan el porten per alguna patologia urgent. Tampoc solen anar-hi odontoestomatòlegs privats. La resultant és que desconexem quin és el seu estat de salut oral, com el perceben i entenen ells que els afecta. Ens podem preguntar inclús fins a quin punt no queden així *marginats* d'una assistència sanitària de caràcter públic, universal i gratuïta que té com a principis rectors, a banda de l'atenció a la salut, el de la seva promoció així com la prevenció de les malalties.

L'enfocament a l'entorn del qual gira aquesta recerca és, partint d'un estudi epidemiològic, arribar a una lectura de la salut/malaltia oral pròpia a l'antropologia mèdica, buscant els significats que donen els pacients a les seves malalties i afliccions i les seves conseqüències en la seva vida i salut, depenent de l'edat, gènere o altres factors i sobretot de si estan internats en un centre. Tot això és important perquè es

⁵ Enrique Perdiguero i Josep M. Comelles (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Edicions Bellaterra, Barcelona 2000; p. 23 (traducció meua, castellà a l'original)

tracta de determinar com aquest context (institució tancada per a la tercera edat) pot condicionar la idea de salut/malaltia oral i d'analitzar fins a quin punt la percepció dels residents pot ser diferent de la que té el professional de l'odontologia.

El que no volem doncs és que aquesta recerca tingui un enfocament antropològic que simplement "es banalitzza com un instrument subsidiari que permet justificar la sensibilitat cultural dels professionals", com objecta amb encert Ángel Martínez Hernáez.⁶ El que sí volem en canvi és que tingui una utilitat com a **instrument dialògic** que, en terminologia del mateix autor, ens faciliti un apropament **multidimensional, bidireccional i simètric** a la realitat de la salut oral d'aquests residents per ajudar a la seva millora.

⁶ Ángel Martínez Hernáez. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Ed. Anthropos. Rubí (Barcelona), 2008; p. 176. (traducció meua, castellà a l'original)

3. Objectius

3.1. Hipòtesi

La hipòtesi és que, tal com existeix una construcció cultural i social de la realitat -segons Berger i Luckman-, existeix també una construcció cultural i social de la salut/malaltia oral així com del dolor associat, dolor que és merament símptoma per al professional de la salut però que en canvi resulta ser allò més important, pràcticament la malaltia *en se*, per a qui el pateix⁷. En aquest punt el significat del dolor és del tot diferent des dels dos vessants. La hipòtesi doncs és que la construcció -és a dir realitat interpretada i viscuda- de la malaltia feta pels residents serà diferent de la interpretació feta pel professional sanitari, però no sabem en quin grau. La interpretació dels signes i dels símptomes no serà la mateixa i no tindrà el mateix sentit per a l'avi/àvia institucionalitzat que per aquell altre que no ho està o pel professional de la salut.

3.2. Plantejament dels objectius

Per tal d'obtenir una valoració qualitativa de la salut oral dels residents de la 3^a edat es plantegen els objectius següents en tres eixos principals. La valoració quantitativa no és objectiu principal d'aquesta recerca però n'és un requeriment per a la comparativa.

■ **Objectiu principal 1:** Conèixer la percepció que té una població institucionalitzada de la tercera edat del seu estat de salut oral.

□ Objectiu secundari : Conèixer la valoració quantitativa de l'estat de salut oral d'aquesta mateixa població, feta pel professional sanitari especialista en estomatologia.

■ **Objectiu principal 2:** Analitzar el grau de coincidència entre la valoració feta pels residents de la 3^a edat (model mèdic antropològic) i la valoració clínica del professional (model biomèdic).

■ **Objectiu principal 3:** Analitzar com es genera una construcció cultural i social de salut/malaltia oral, a partir de la interacció entre les percepcions dels avis i alguns factors propis al medi institucionalitzat.

⁷ Rosario Otegui Pascual, Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento; a Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ed. Bellaterra, Barcelona 2000; p. 241

4. Marc teòric

4.1. Antropologia mèdica: concepte

“L’antropologia mèdica és l’estudi de la salut i malaltia humanes, dels sistemes sanitaris, i de l’adaptació biocultural”⁸. Faculta així un apropament a la salut/malaltia dels individus i de les poblacions des d’un punt de vista **holístic**, que pren doncs molt en consideració els aspectes culturals i socials i no únicament els de caire biològic. Una perspectiva fonamental doncs per a la nostra recerca i objectius.

Aquesta disciplina ens proporciona una visió alternativa, qualitativa, front l’abordatge quantitatiu i determinista de la malaltia practicat des del model biomèdic hegemònic que impera a les institucions sanitàries i a la societat des de la Il·lustració. Aquest model mèdic hegemònic ha anat conformant una medicina biològica, de causa-efecte noxa-individu, hospitalària, molt medicalitzada, en definitiva menys cultural i social i més individualista i positivista i més preocupada per la curació que per la prevenció. Front l’eficàcia biològica, la unicitat, la universalitat i la unidimensionalitat pròpies al model biomèdic, **l’eficàcia simbòlica**, la **multicausalitat**, la **particularitat** i la **multidimensionalitat** de la malaltia són en canvi els trets determinants del model antropològic⁹. Per sobre doncs de les asèptiques descripcions quantitatives, l’abordatge qualitatiu dóna veu a la persona malalta i permet comprendre millor altres dimensions i significats del procés de salut/malaltia.

Per això R.M. Boixareu ens diu que “la **malaltia és un espai cultural**: comprendre la persona malalta i la seva situació demana, al menys, veure-la des de dins d’ella mateixa i de la seva malaltia, més enllà de les aparences i de les nostres preconcepcions”¹⁰. És difícil doncs que puguem entendre plenament un procés de salut/malaltia si no considerem l’entorn i la persona, amb la seva pròpia experiència i interpretació. Tothom coneix el vell aforisme “no hi ha malalties, hi ha malalts” i si aquest és i serà sempre vàlid és perquè cada malalt viu una realitat antropològica diferent, amb estils de vida diferents i des de la seva pròpia idiosincràsia, per bé que les noxes puguin ser (més o menys) semblants. H. Sigerist, historiador de la medicina i

⁸ A. McElroy. “Medical Anthropology”. A Aus: D. Levinson, M. Ember (Hrsg.) *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. Henry Holt, New York 1996.

<http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/PDF/Medical%20Anthropologie.pdf>

⁹ Àngel Martínez Hernáez. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Ed. Anthropos. Rubí (Barcelona), 2008; pp. 66-81.

¹⁰ Rosa Maria Boixareu (coord.). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Ed. Herder. Barcelona 2008. P. 49. (traducció meua)

pioner de la medicina social, ho explicava així de clar i gràfic en la seva *Introducció a la medicina* (1932): “Tres homes cauen d’un vaixell: el primer contrau una pneumònia, el segon es consumeix amb un reuma i el tercer no té res de res”¹¹.

Seria però un error circumscriure-ho tot a l’individu. Si els sociòlegs Berger i Luckman, des de la fenomenologia, plantejaven i titulaven la seva obra “**La construcció social de la realitat**” a partir de la intersubjectivitat (“la realitat de la vida quotidiana se’m presenta, d’altra banda, com un món intersubjectiu”)¹², l’antropologia mèdica, amb autors com ara Hahn i altres, planteja al seu torn “**la construcció social de la malaltia**” com a resposta cultural a una sèrie de constrenyiments físics o estructurals.¹³ Young, a partir d’unes accepcions de la malaltia sobre les que tornarem més endavant, ho va formular així: “*Sickness is, then, a process for socializing disease and illness*”¹⁴. I De Miguel ens recorda que això no és cosa nova: “La malaltia és un dels **fenòmens socioculturals** més antics de la humanitat. Tant, que es tendeix a analitzar la malaltia com a una expressió de la vida, és a dir de l’**adaptació** de l’ésser humà a un medi agressiu i inclement”¹⁵.

4.2. Antropologia mèdica: breu resum històric

Aquesta disciplina apareix oficiosament al 1953 amb un treball de Caudill¹⁶ (abans “no existia encara un corpus pròpiament d’Antropologia Mèdica, sinó més aviat alguns antropòlegs i (més) sociòlegs treballant amb dades sanitàries”¹⁷), s’institucionalitza al 1972 amb la creació de la *Society for Medical Anthropology* i és als anys vuitanta quan ja s’estableixen programes específics d’Antropologia mèdica a 20 universitats nord-americanes.

¹¹ Citat per Rosa Maria Boixareu (coord.). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Ed. Herder. Barcelona 2008. P. 198. (traducció meva)

¹² Berger i T. Luckmann. Berger, P. L. ; Luckmann T. (1988). *La construcció social de la realitat*. Barcelona. Ed. Herder, p. 42

¹³ - Ángel Martínez Hernáez. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Ed. Anthropos. Rubí (Barcelona), 2008.P. 68.

¹⁴ A. Young. “The Anthropologies of Illness and Sickness”. *Annual Review of Anthropology* Vol. 11: 257-285 (Volume publication date October 1982) ; p. 270

<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>

¹⁵ Jesús M. De Miguel. “Introducción al campo de la antropología médica”, a M. Kenny i J. de Miguel (eds.) *La antropología médica en España*. Ed. Anagrama, Barcelona, 1980; p. 11 (Traducció meva, en castellà a l’original)

¹⁶ Caudill, William. "Applied Anthropology in Medicine." *Anthropology Today: An Encyclopedic Inventor*, edited by A. L. Kroeber. Chicago: University of Chicago Press, 1953.

¹⁷ Segons W. Caudill citat per Jesús M. De Miguel . “Introducción al campo de la antropología médica”, a M. Kenny i J. de Miguel (eds.) *La antropología médica en España*. Ed. Anagrama, Barcelona, 1980; p. 18 (Traducció meva, en castellà a l’original)

Les seves arrels són però anteriors. George M. Foster i Barbara Gallatin Anderson (1978) en refereixen fins a quatre¹⁸: l'interès dels primers antropòlegs físics per l'evolució i adaptació humanes, l'interès etnogràfic per la medicina primitiva, els estudis dels fenòmens psiquiàtrics a partir de l'escola de cultura i personalitat, i el treball antropològic en programes de salut internacional. D'aquestes, la que més ens interessa és la que neix en **Franz Boas** que des del **particularisme històric** i el **relativisme cultural** es va posicionar contra l'evolucionisme universalista i el determinisme biològic; les seves idees van tenir seguiment en l'**escola de cultura i personalitat** amb R. Benedict o M. Mead, entre d'altres, que amb diferents estudis demostraven la determinació cultural del comportament com a adaptació a àmbits diferenciats. S'entén doncs que, un cop desbrossat, aquest camí hagi estat àmpliament utilitzat per l'antropologia mèdica des del seu vessant més cultural.

L'autora A. McElroy¹⁹ ens dóna relació al seu torn de les tres orientacions en què ha evolucionat després l'antropologia mèdica, a partir de mitjans dels seixanta:

- 1) L'ecologia mèdica: "veu les poblacions humanes com unitats tant biològiques com culturals i estudia les interaccions entre sistemes ecològics, salut i evolució humana."
- 2) L'etnomedicina: "posa el focus sobre els sistemes culturals de curació i els paràmetres cognitius de l'aflicció (*illness*)."
- 3) L'antropologia mèdica aplicada: "té a veure amb la intervenció, prevenció, i decisions polítiques i estudia les forces socioeconòmiques i relacions de poder que influeixen l'accés al tractament."

4.3. Les tres dimensions -cultural, social i biològica- de la malaltia

A partir dels anys 60 s'ha teoritzat i profunditzat en la crítica del model biomèdic occidental des de diferents àmbits: fenomenologia, hermenèutica, estructuralisme, constructivisme, funcionalisme, marxisme, neomarxisme etc...²⁰

¹⁸ Foster, George M., and Barbara Gallatin Anderson. *Medical Anthropology*. New York: John Wiley and Sons, 1978. Citats per A. McElroy, a "Medical Anthropology" a Aus: D. Levinson, M. Ember (Hrsg.) *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. Henry Holt, New York 1996.

¹⁹ A. McElroy, "Medical Anthropology" a Aus: D. Levinson, M. Ember (Hrsg.) *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. Henry Holt, New York 1996.

<http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/PDF/Medical%20Anthropologie.pdf>, p.1

²⁰ Lupton, Deborah, *Theoretical Perspectives on Medicine and Society; a Medicine as Culture*. Ed. Sage Publications, London 2003 (First Edition 1994).

Un dels autors pioners en l'aportació teòrica ha estat el mexicà Horacio Fábrega; amb la intenció de fer congeniar la biomedicina amb l'etnomedicina, ell ha estat el primer en proposar l'any 72 una antropologia mèdica que distingeix entre malaltia biològica (**disease**) i aflicció (**illness**); remarca que cal elucidar els factors, mecanismes i processos que hi juguen un paper així com també tenir en compte els patrons de conducta, molt en particular privilegiant els estudis en els contextos no occidentals i agafant com a base el concepte de cultura.²¹

Un pas més enllà però, l'any 1982, Allan Young va fer una aportació capital a l'antropologia mèdica amb un famós article²² on als conceptes ja coneguts de **disease** i **illness** hi afegia el de **sickness**, dotant-lo d'una consideració de dimensió social. Cert és que Arthur Kleinman ja havia utilitzat abans aquesta mateixa nomenclatura, però per a ell *sickness* no significava altra cosa que un terme per etiquetar clínicament les altres dues accepcions. Young es pronunciava així des d'un constructivisme social allunyat dels posicionaments teòrics hermenèutics de Good i altres, que estaven arrelats en el llenguatge ("Good stresses the importance of language" diu Young a p. 262) i focalitzaven exclusivament sobre l'individu. Respecte d'això últim, Young retreu a Good "In brief, Good says that semantic illness networks are inseparable from the idea that illness is an individualized process" (1982: 264) i a Kleinman "The clinical process is, then, a way for individuals to adapt to certain worrisome circumstances" (1982: 265). Young observa que si bé les perspectives biomèdica i hermenèutica ("*disease-illness*") topen quant al reduccionisme físic de la primera, en canvi ambdues consideren "*the individual*" com a objecte i lloc d'esdeveniments significatius (1982: 269), cosa que ell critica. Young es va esforçar doncs per superar aquest punt de vista individualista i va definir així les **tres dimensions de la malaltia**:

- **Disease**: Manté el seu sentit original que ja va definir Kleinman; es a dir patologies orgàniques i anormalitats; és l'àmbit del model biomèdic.
- **Illness**: Tampoc varia de la definició de Kleinman que es referia a les percepcions i experiències d'uns estats determinats de discapacitació social que incloïen, però no hi estaven limitats, a la *disease*; per a Young es refereix doncs a com la *disease* i la *sickness* són viscudes per la **consciència individual**.

²¹ Horacio Fábrega, [1972:167], citat per Á. Martínez Hernáez a *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Ed. Anthropos. Rubí (Barcelona), 2008; p. 35

²² A. Young. "The Anthropologies of Illness and Sickness". *Annual Review of Anthropology* Vol. 11: 257-285 (Volume publication date October 1982)
<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>

- **Sickness:** Per a Young *sickness* es defineix com el procés pel qual els signes d'afectació del comportament o biològics, en particular aquells causats per la malaltia (*disease*), adquireixen significats recognoscibles socialment. (1982: 270)

En resum: entendrem per *disease* la dimensió biològica de la malaltia, interpretació biomèdica de la patologia orgànica; per *illness* la dimensió cultural, percepció i interpretació personal de l'aflicció; per *sickness* la dimensió social de la malaltia.

4.4. Camps d'aplicació de l'antropologia mèdica

J. De Miguel²³ defineix d'aquesta manera 5 camps bàsics d'aplicació de l'Antropologia mèdica:

- “a) Epidemiologia i estudis ecològics.
- b) Anàlisi de les actituds de la població sobre la sanitat i els sistemes sanitaris.
- c) Etnomedicina o «medicina popular».
- d) Estudi dels fenòmens bioculturals.
- e) Canvi sociocultural, i planificació de recursos sanitaris.”

En definitiva, és un camp de treball prou ampli amb un ventall de possibilitats de feina tan aviat “acadèmiques, clíniques, governamentals o no governamentals”²⁴ i que per tant inclou necessàriament també l'àmbit de l'assistència primària i de manera fonamental qualsevol pla de salut comunitari que es vulgui implementar.

4.5. Conceptualització del dolor/patiment

Francesc Torralba²⁵ recull el concepte de dolor de C. Saunders, basat en que la percepció del patiment depèn de múltiples factors que articulen la idea de **dolor total**, és a dir “configurat per elements no solament **somàtics** sinó també **psicològics**,

²³ Jesús M. De Miguel. “Introducción al campo de la antropología médica”, a M. Kenny i J. de Miguel (eds.) *La antropología médica en España*. Ed. Anagrama, Barcelona, 1980; pp. 19-20 (Traducció meua, en castellà a l'original)

²⁴ A. McElroy, “Medical Anthropology” a Aus: D. Levinson, M. Ember (Hrsg.) *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. Henry Holt, New York 1996.
<http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/PDF/Medical%20Anthropologie.pdf>, p. 8

²⁵ Francesc Torralba. “El sufrimiento: una exploración conceptual. La cuestión del sentido”, a Rosa Maria Boixareu (coord.). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Ed. Herder. Barcelona 2008; pp. 251-263 (castellà en l'original)

afectius, socioeconòmics, rituals i espirituals". (2008: 251). Per això "cadascú té una **explicació personal del patiment**" (2008: 252), facultada per les idees i experiència vital pròpies. Tanmateix el dolor "no és un fet purament individual" (2008: 255) ja que pot tenir un **component social**, d'interacció amb els altres. Quan aquesta última és deficient o perjudicial pot ser generadora de dolor. Així s'entén, p.ex., com l'ostracisme podia arribar a ser el pitjor dolor per a un ciutadà de la Grècia Clàssica. Si hem dit que el dolor és un fenomen multidimensional i plurifactorial, el seu tractament requerirà també d'una **intervenció global**, que tingui en compte tots els recursos de coneixement i tècnics del professional sanitari però també qualsevol altre recurs que pugui ajudar a mitigar el dolor: més enllà de l'excel·lència en matèria mèdica, resulta doncs fonamental l'**empatia** que facilitarà la comprensió de la part subjectiva de l'experiència del patiment aliè.

Rosa M. Boixareu ens explica al seu torn²⁶ com el **dolor** (més físic, relacionat amb el cos) i el **sofriment** (més subjectiu, entès com a una cosa negativa que hem de "suportar") convergeixen en el **patiment** ("allò que capta la nostra sensibilitat i afecta amb un sentiment de debilitat, de pèrdua, de dany sobreafegit i no volgut") (2008: 264). El dolor i el sofriment són fenòmens "universals en espai i temps" per bé que cada persona els visqui de manera particular. També front el patiment existeix la major o menor capacitat per a evitar-lo o defensar-se'n, que és la vulnerabilitat. La vulnerabilitat més gran és a la infància, la vellesa i la malaltia. (2008: 266) Si el patiment és una experiència subjectiva, la seva translació als altres, el pas de la subjectivitat a la intersubjectivitat es fa majorment per la **narració**. La fenomenologia del patiment es basa doncs "en la narració del subjecte i la percepció de l'«oient»" (2008: 267). Cal doncs tenir empatia, sensibilitat suficient, però també aprendre a **escoltar**.

La manca de sensibilitat front el dolor propi o el dolor aliè ens deshumanitza; per això totes les cultures han procurat donar un significat al dolor i al sofriment, atorgar-li una significació simbòlica. Això comporta que "la capacitat de resistència al patiment està en relació amb la seva **significació individual però també col·lectiva**; la resposta que se li dóna també" (2008: 270).

²⁶ Rosa Maria Boixareu. "El sufrimiento: La construcción de un significado", a Rosa Maria Boixareu (coord.). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Ed. Herder. Barcelona 2008; pp. 264-277 (castellà en l'original)

4.6. Conceptualització vellesa/tercera edat

Quan ens referim a una persona vella o de la tercera edat, pot semblar que cadascú en tingui una idea més o menys clara però, com veurem, cadascú no és tothom i les coses no són tan senzilles i s'han de definir millor. P.ex. pels estudiants universitaris alemanys d'odontologia, l'ancianitat ja comença als ¡56 anys!²⁷

Per a conceptualitzar doncs aquest tema m'acolliré a l'autoritat de Teresa San Román i al seu treball de referència sobre vellesa i marginalitat.²⁸ Ja Leo Simmons, amb el seu primer estudi transcultural sobre vellesa i ancianitat *The role of elders in primitive societies* (1945), va plantejar la **difficultat d'una definició d'ancianitat** i segons T. San Román, aquest problema “segueix sense resoldre's” (1990: 22).

A les societats occidentals l'edat de jubilació, els 65 anys, és un límit temporal administratiu que s'acostuma a associar amb la tercera edat. Aquest criteri cronològic dificulta però la comparació entre societats industrials o tradicionals. A casa nostra sense anar més lluny, tot i ser els 65 anys prou significatius per a bona part de la població, no representen el mateix per a un assalariat que per a un autònom, per algú d'un entorn ciutadà, industrial o rural, per a una persona que no ha treballat mai fora de casa que per a qui cessa en les seves responsabilitats, per a un aturat de fa temps que per a un polític que perllonga la seva activitat. Ara a més, donada la gran longevitat de les persones, n'hi ha que mencionen una “quarta edat”; Sol Tarrés s'hi refereix per a mencionar els majors de 80 anys, a qui defineix com a “ancians fràgils” però això ho matisa citant unes paraules del geriatra Dr. Miralles: “una persona vieja es aquella que, además de su edad, presenta alguna discapacidad física, deterioro mental, una enfermedad crónica o un problema social”²⁹. És a dir que pels geriatres hi ha ancians sans, fràgils (més de 80a.) i malalts.

T. San Roman es refereix a les teories de E. Cummings i W.E. Henry sobre el *disengagement* (1961) i de Burgess (1960) sobre “la manca de rols atribuïts socialment a l'ancianitat i l'ambigüitat dels que conserva” (1990: 44) per a criticar-ne l'universalisme però sí accepta que la jubilació o la desvinculació, quan es donen, fan

²⁷Ina Nitschke, Thanh-Ha Clarenbach-Tran, Daphne Schlegel, Thomas Reiber, Bernhard A.J. Sobotta “Attitudes of German undergraduate dental students towards the aged” a *Gerodontology*, Article first published online: 21 MAR 2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ger.12043/abstract>

²⁸ Teresa San Román. *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Ed: Fundació Caixa de Pensions, Barcelona, 2ª Edició 1990 (primera ed. 1988)

²⁹ Sol Tarres Chamorro. “Vejez y sociedad multicultural” a “Age and multicultural society”, *Gazeta de Antropología*, 2002, 18, artículo 05. http://www.ugr.es/~pwlac/G18_05Sol_Tarres_Chamorro.htm

que “l’individu té que realitzar un ajustament entre la pèrdua de la major part dels seus rols més importants (V. Wood, 1971: 75)” (1990: 45).

Una de les conclusions principals de Teresa San Roman és que els ancians conformen una **població heterogènia**, que existeixen “moltes formes possibles d’envellir i experimentar el procés de l’ancianitat” (1990: 84) i menciona diferents factors amb influència sobre la senectut, com ara el sexe o la classe social (1990: 111).

Distingeix però entre **ancianitat** i **decrepitud** (1990: 108), aquí recorda que hi ha autors com Neugarten que ho fan entre «*young-old*» i «*old-old*» o Glascock i Feinman entre «*intact*» i «*decrepit*» o Amoss i Harrell entre «*competent*» i «*dependent*». Per a T. San Roman la decrepitud, més probable conforme avança l’edat, és relativa en funció de l’estat físic i psíquic de cada ancià, tornant-lo més o menys dependent. Accepta doncs “la possibilitat d’existència de diversos segments dins l’ancianitat, tant perquè així es subdivideix culturalment com perquè resulta així de fet” (1990: 130).

Aquests segments es poden deduir fàcilment si mirem l’estadística de l’IDESCAT (última disponible del 2008) sobre la població amb discapacitat a Catalunya: podem veure com a la franja d’edat de 65 a 79 anys és del 194,9/1000, dels 80 en amunt de 416,5/1000 i dels 90 en amunt de 660/1000.³⁰

Quant a la població de més de 65 anys, l’IDESCAT refereix a 28 de febrer 2013 que representen el 17, 42 %³¹ sobre una població total de 7.486.934 habitants³², o sia 1.304.223 persones.

Per a T. San Roman, en definitiva, ancià és “aquell a qui s’inclou en **l’última etapa de vida culturalment pautada i identificada com a tal**” (1990: 129) i “envelliment el **procés** de desenvolupament d’aquest període del curs vital” (1990: 131) La vida és un *continuum* de diferents etapes seccionades culturalment i l’ancianitat “un període de la vida pautat per la cultura” que seria l’últim. (1990: 130). I aquest últim període de la vida existeix a totes les cultures que l’estableixen en funció de les seves idees sobre la longevitat, l’edat cronològica i l’expectativa de decrepitud.

³⁰ IDESCAT. Población con discapacidad. 2008 Tasa de discapacidad (1). Por grupos de edad y sexo. <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=972&t=2011&lang=es>

³¹ <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8719&lang=es>

³² <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8701&lang=es>

Així, la majoria de les cultures “defineixen la vellesa «abans» que el deteriorament comenci a produir-se” (1990: 130). T. San Roman diu que hi ha “**diferents grups i/o categories d’ancians** a la major part de les societats” (1990: 124) i que de la interacció entre les característiques de la població anciana i del sistema cultural en resulta més o menys **integració o marginació**.

T. San Roman fa les següents consideracions: 1. A l’etapa de l’ancianitat se li adjudiquen uns **rols, normes i valors i estatus** i s’estipula unes barreres d’inclusió o exclusió, que li proporcionen identitat. (1990: 131). Aquesta etapa està en relació amb les altres etapes vitals de cada individu i també en funció de les condicions del sistema ecocultural. 2. Hi ha **diferències entre ancians: d’estatus** (classe social, de gènere, ètniques etc.), de **qualitat de vida** (cobertura de necessitats, tracte rebut, valoració social, adequació als rols, cura personal), i **d’adaptació** (aspiracions, expectatives i grau de participació social en relació amb allò que està estipulat per aquell període). 3. Hi ha **subcategories d’edat** a l’ancianitat però descarta que es puguin solapar les diferents nomenclatures, en particular els *young-old* i *old-old* amb els *intact-decrepit*. Recupera la idea del deteriorament físic i psíquic i diu que a totes les societats i ha **ancians sans i altres senils** però que el que canvia és el tracte que se’ls dona. 4: Distingeix entre **ancians competents i dependents** i diu que aquests ho són en funció de tots els elements citats en els punts anteriors 5. Comenta que els ancians poden ser «inclosos» o «exclosos» del sistema ecocultural: és a dir que poden caure en la **marginació** bé per absència de rols o per un procés de deculturació o bé perquè les seves condicions (socioculturals o psicofísiques) no els habiliten per assumir els rols previstos pel sistema.

5. Marc específic

5.1. Població institucionalitzada

Els residents de la tercera edat tenen doncs per una banda la característica de l'ancianitat, però per l'altra la d'estar ingressats en una institució. Són dos factors diferents i cadascun genera els seus propis condicionants, que en aquest cas sumen. I si abans hem conceptualitzat la vellesa, ara toca fer el mateix amb l'àmbit d'una institució tancada. Aquest últim, amb els seus límits físics, els diferents rols dels treballadors i residents, la jerarquia i normes, els horaris i hàbits, el tipus de població (de la qual estan absents la majoria de persones de la població extramurs, no hi ha nens p.ex.), les relacions que s'estableixen entre interns, etc... es pot considerar un àmbit cultural particular. Per a la seva interpretació antropològica recorreré a un expert en la qüestió com E. Goffman.

Erving Goffman, autor d' *Internados*³³ (*Asylums*), ha fet un treball pioner sobre institucions tancades, particularment malalts mentals però també altres tipus de residents. I això perquè algunes característiques són comuns a tota mena d'institucions tancades.

Goffman defineix totes les institucions tancades com espais “aïllats de la societat” amb “una **rutina** diària” administrada “**formalment**” ([1961]1970: 13), afegeix que totes les institucions tenen “**tendències absorbents o totalitzadores**” que “**s'oposen a la interacció social**” ([1961]1970: 18) : tot això és prou vàlid per a les residències d'ancians, donat que si bé no tenen murs com els de les presons que impedeixin veure el carrer sí que la vida dels avis es redueix a l'espai interior, més o menys enjardinat, del complex residencial. Però inclús en el cas que es procuri fer-los interactuar socialment, p.ex. portant-los d'excursió o organitzant activitats de tipus social, teatre, col·loquis o altres dins la residència, no deixarien de fer-ho de manera formal, organitzada, dirigida i en grup i la interacció social seria limitada i pautaada, sense assolir mai el grau d'espontaneïtat i llibertat de qui viu en societat oberta.

³³ Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. (Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates, 1961)* Amorrortu editores, Buenos Aires 2001 (primera ed. Castellano 1970)

Goffman classifica les institucions tancades en 5 grups diferents i el primer grup que considera és “les institucions erigides per a cuidar persones que semblen alhora incapaces i inofensives”: en aquest grup encabeix les residències per a la tercera edat. ([1961]1970: 18). Goffman remarca que a totes les institucions “tots els aspectes de la vida es desenvolupen al mateix lloc sota la mateixa autoritat”, que “cada etapa de la vida diària del membre es fa en la companyia immediata d’un gran nombre d’altres, a qui es dóna el mateix tracte i de qui es requereix que facin junts les mateixes coses” i que “totes les etapes de les activitats diàries estan estrictament programades” ([1961]1970: 19). És evident que aquestes característiques són més extremes en institucions tancades com penitenciàries o les militars, però no deixen de ser certes per a les residències de la tercera edat; potser en elles no hi hagi una disciplina tan estricta ni aquella rigidesa formal però també s’hi produeix un procés de despersonalització. Cert també que les residències d’avui dia no són com les dels anys 60 i s’intenta mantenir la identitat dels residents, posant fotos personals, fomentant alguna activitat individual, fent estimulació, recolzament psicològic etc.. però tanmateix el procés de despersonalització és inherent al medi i a la mateixa racionalització necessària al seu funcionament. És així com Goffman explica que té lloc un procés de «**deculturació**» quan l’estada en una institució tancada passa a ser llarga ([1961]1970: 26); afegeix que “La barrera que les institucions totals aixequen entre l’intern i l’exterior marca la primera **mutilació del jo**” ([1961]1970: 26) i explica que aquesta mutilació afecta la pèrdua de rols que l’individu estava acostumat a tenir que programar a la seva vida i que ara li venen donats. Goffman parla així de “**desposseïment del rol**”.

A Catalunya, segons l’última estadística disponible de l’IDESCAT, al 2012 hi havia 56.862 places a residències per a la gent gran.³⁴

5.2. Salut oral i tercera edat

Els pacients geriàtrics acostumen a ser pacients amb **pluripatologies** i **polimedicats**, bastants amb **mobilitat reduïda** o **discapacitació**, amb una **dieta** i **requeriments nutricionals** probablement **diferents** que en altres etapes de la vida i

³⁴ <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=849>, consultat 15-06-2013

amb **canvis psicològics i també socials**, així com molts amb unes **condicions econòmiques** que dificulten els tractaments.³⁵

En aquesta franja d'edat també ens trobem amb patologies més específiques degut a com l'envelliment afecta l'estat bucal; per mencionar-ne algunes: funció masticatòria més deficient per pèrdua de peces o per dur pròtesis o per menor efectivitat neuromuscular, malalties periodontals que avancen conforme a l'edat, càries radiculars facilitades per la recessió periodontal, càries secundàries a una higiene deficient bé per deixadesa bé per manca d'habilitat manual, desgast de les peces, pèrdua de l'os i geniva de suport necessaris per a les pròtesis, sequedat de boca fruit de l'edat però també provocada per algunes patologies amb alta incidència a l'ancianitat o per algunes de les moltes medicacions que prenen, problemes de frecs o altres associats sovint al fet de portar pròtesi, fragilitat de les mucoses etc...la llista és llarga i es faria pesat una descripció exhaustiva.

S'ha de tenir en compte que l'edat, més o menys avançada, condiona els tractaments, i això pot ser en funció de les expectatives de vida però també de l'estil de vida, dels condicionants psicològics o per les característiques culturals pròpies a l'edat (p.ex. no tindran els mateixos criteris sobre la relació entre funció i estètica que una persona jove). Les condicions de les visites es veuen doncs afectades (p.ex. molts no volen anar a visita quan ja es fa fosc) i resulten convenientes visites més curtes, explicacions més senzilles, més afabilitat i una adequada comunicació no verbal que ho acompanyi així com procurar esbrinar si és oportú l'acompanyament d'algun familiar.

El progressiu envelliment de la població ha facilitat que l'odontologia hagi considerat darrerament aquesta franja d'edat dins dels plans d'estudi i hi hagi professionals que s'han especialitzat en el seu tractament. Cada vegada es disposa de més tractats d'odontogeriatria i de publicacions dedicades a la salut oral dels ancians. Des de l'àmbit de l'odontogeriatria també s'han fet estudis sobre salut oral i qualitat de vida.

Per aquesta recerca he fet servir un tractat³⁶ sobre odontologia i qualitat de vida on es consideren els diferents instruments per fer enquestes a la població geriàtrica.

³⁵ Dr. Manuel Ribera Uribe. (UIC, ICS) Curs sobre "Odontologia Geriàtrica" organitzat per l'ICS Metropolitana Nord a Sabadell, 23 octubre 2007.

Igualment he tingut en compte una sèrie d'articles i treballs publicats on s'han fet servir els diferents instruments consensuats (referències [22], [23], [37], [38], [42], [43], [44], [45], [51], [57], [58], [59], [60] dels recursos electrònics). Tota manera, la quasi totalitat dels estudis sobre salut oral i qualitat de vida en odontogeriatria estan fets en base a qüestionaris estandarditzats. Per això, l'autor més interessant per nosaltres és Macentee³⁷; ell ha desenvolupat les recerques més pròpiament qualitatives en odontogeriatria, aplicant un abordatge antropològic en base a entrevistes obertes i estudis de casos, però ho ha fet amb gent de la tercera edat plenament autònoma que viu al propi domicili.

5.3. Marc legal i cultural del sistema sanitari

(ONU, OMS, UE, Consell d'Europa, Espanya, Catalunya)

Rudolf Virchow, insigne metge patòleg i polític alemany del segle XIX, per a molts autèntic pare i referent de l'antropologia mèdica, va dir al 1849 «**La medicina és una ciència social, i la política no és més que medicina a gran escala**».³⁸ I les lleis són codificació i marc, principi i final de la política.

El marc legal, polític i social que ens hem donat i on ara ens trobem -potser per no gaire temps?- és el de **l'estat de dret i del benestar**.

Més enllà de totes les conquestes socials anteriors, l'estat del benestar desenvolupat a **Occident** després de la segona guerra mundial va representar un salt qualitatiu; aquest nou paradigma va comportar que la salut fos ara contemplada com un dret de les persones; per tant els estats havien de protegir-la tot facilitant els serveis i mitjans necessaris. Més encara, ja no s'entenia per salut l'absència de malaltia objectiva sinó un estat de complet benestar físic i psíquic de la persona.

Així, al 1948, l'Assemblea General de l'**ONU** va fer la **Declaració Universal dels Drets Humans**.³⁹ El seu article 25 reconeix que "Tota persona té **dret** a un nivell de vida adequat, que li asseguri, així com a la seva família, la **salut** i el **benestar**, i en

³⁶ Slade, Gary D. (ed.) (1997). *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology.

³⁷ - MacEntee MI, Hole R, Stolar E (1997). "The significance of the mouth in old age". *Soc Sci med*. 1997 Nov;45(9):1449-58

- MacEntee MI (1996). "Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views". *Gerodontology*, 1996 Dec;13(2):76-81.

³⁸ http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/virchow_rudolf.htm

³⁹ <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

especial l'alimentació, la vestimenta, la vivenda, **l'assistència mèdica** i els serveis socials necessaris;....”

Tot això es va desenvolupar després en conferències com la d'**Alma-Ata** sobre **assistència primària** organitzada per l'**OMS** l'any 1978. El primer punt de la declaració de la Conferència diu el següent: “La conferència reitera fermament que **la salut, estat de complet benestar físic, mental i social**, i no solament l'absència d'afeccions o malalties, és **un dret humà fonamental** i que l'assoliment del grau més alt possible de salut és un objectiu social summament important a tot el món, quina realització exigeix la intervenció de molts altres sectors socials i econòmics, a més del de la salut.”⁴⁰

Posteriorment hi ha hagut altres conferències com la primera d'Ottawa de 1986 on s'insistia en la promoció de la salut, com a “concepte positiu que potencia els mitjans socials i personals, així com les capacitats físiques”⁴¹. A la segona d'Adelaida de 1988 s'insistia molt especialment en l'**equitat** i l'**accessibilitat** a la salut per a tothom; s'hi deia p.ex. que calien polítiques que donessin “**alta prioritat als grups vulnerables i poc privilegiats**” i conclouia que “Un **accés igualitari** als serveis de salut, en particular quant a l'atenció de salut comunitària, és un aspecte vital per a l'equitat en la salut”⁴². La tercera conferència de Sundsvall va insistir en la importància dels entorns saludables. La quarta conferència de Djakarta remarcava els nous desafiaments que plantejaven arreu “la urbanització, l'increment en el nombre de persones d'edat avançada i l'alta prevalença de malalties cròniques”⁴³.

Tot i això, en l'informe sobre la salut en el món de la OMS del 2010⁴⁴, en el Resum, a l'apartat “Desigualtats en la cobertura”, s'hi pot llegir “Alguns grups de persones es veuen afectats per les llacunes que existeixen en la majoria dels sistemes...” (p. XX); i al capítol 2 “Més diners per a la Salut”, hi posa a la p. 22 “Cap país ha estat encara capaç de garantir l'accés immediat de totes les persones a tots els serveis que podrien mantenir o millorar la seva salut.”

⁴⁰ <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

⁴¹ <http://www.who.int/hpr2/archive/docs/ottawa.html>

⁴² <http://www.who.int/hpr2/archive/docs/adelaide.html>

⁴³ <http://www.who.int/hpr2/archive/docs/jakarta/english.html>

⁴⁴ http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf

A **Europa**, a partir del tractat de Lisboa, la nova redacció de **La Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea** (2010/C 83/02)⁴⁵ -que institueix la ciutadania europea- és una altra referència a la què acollir-se. Aquesta carta estableix com a fonaments de la Unió “els valors indivisibles i universals de dignitat humana, de llibertat, d’igualtat i de solidaritat”. Podríem mencionar-ne alguns articles com ara l’article 3. “Dret a la integritat de la persona” que menciona expressament que “tota persona té dret a la seva integritat física i mental” així com que cal respectar “el consentiment lliure i informat de la persona concernida, segons les modalitats definides per la llei”; l’article 20. “Igualtat en dret” que diu que “totes les persones són iguals en dret”; l’article 21. “No-discriminació” on “Es prohibeix tota discriminació...” l’article 25 “Drets de les persones grans” que diu que “La Unió reconeix i respecte el dret de les persones grans a portar una vida digna i independent i a participar a la vida social i cultural”; l’article 34. “Seguretat social i ajuda social” on “La Unió reconeix i respecta el dret d’accés a les prestacions de seguretat social i als serveis socials que assegurin protecció en casos tals com..., la dependència o la vellesa,”; i en particular l’article 35. “**Protecció de la salut**” que diu “Tota persona té dret a accedir a la prevenció en matèria de salut i a beneficiar-se de tractaments mèdics en les condicions establertes per les legislacions i pràctiques nacionals. Un nivell elevat de protecció de la salut humana està assegurat en la definició i posada en marxa de totes les polítiques i accions de la Unió.”

El **Consell d’Europa** és una altra institució amb polítiques també orientades a la salut. Així, en defensa del dret a la salut, ha endegat un projecte pels anys 2012-2013 anomenat “La consulta dels ciutadans sobre el dret a la protecció de la salut”.⁴⁶

Quant a **La Constitució espanyola**, aquesta sanciona en l’article 43, entre d’altres coses, que “ Es reconeix el **dret a la protecció de la salut**” i “És competència del poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris”.

En el sistema sanitari espanyol, a partir de la Constitució del 78, es crea l’Insalud i entra en vigor la **Ley General de Sanidad de 1986**⁴⁷ i totes les xarxes assistencials queden integrades en el Sistema Nacional de Salud, segons l’article 44 de la llei; a l’article 1.2. s’hi diu que **tots els residents, espanyols o estrangers**,

⁴⁵ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:FR:PDF>

⁴⁶ http://www.coe.int/t/dg3/health/default_FR.asp?

⁴⁷ http://www.unileon.es/ficheros/servicios/prevencion/ley14_1986.pdf

tenen dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària; a l'article 3.1 que "els mitjans i actuacions del sistema sanitari estaran orientats prioritàriament a la promoció de la salut i a la prevenció de les malalties"; al 3.2. que **l'accés i les prestacions es realitzaran en condicions d'igualtat efectiva**. Quant a l'organització del Sistema Nacional de Salut, a l'article 46 es remarca entre d'altres característiques fonamentals a) l'extensió dels serveis a **tota la població** i b)...una **atenció integral** a la salut, comprensiva tant de la promoció de la salut i prevenció de la malaltia com de la curació i rehabilitació.

El Reial decret 1088/1989, del 8 de setembre, va estendre l'assistència sanitària de la seguretat social a les persones sense recursos econòmics suficients en configurar-la com una prestació no contributiva.

A **Catalunya, l'Estatut d'Autonomia**⁴⁸ estableix en l'article 23 que "**totes les persones** tenen dret a accedir **en condicions d'igualtat i gratuïtat** als serveis sanitaris de responsabilitat pública, en els termes que estableixen les lleis".

L'avenç en la universalització que ja recollia el Reial Decret 1088/1989 es va materialitzar a Catalunya amb el Decret 55/1990, del 5 de març,⁴⁹ de regulació de l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a les persones sense recursos econòmics suficients, i amb el Decret 178/1991, del 30 de juliol, d'universalització de l'assistència sanitària pública.

5.4. Assistència primària i prestacions odontològiques a Catalunya

Al citar els camps d'aplicació de l'antropologia mèdica ja hem comentat que l'assistència primària n'era un. Com diu J.M. Uribe Oyarbide: "La reunió d'antropologia social i atenció primària pot entendre's com inevitable,..."⁵⁰. Si més no, un dels punts on coincideixen assistència primària i antropologia mèdica és en el seu enfocament sobre els **col·lectius**, en la importància del paper de la **comunitat**.

⁴⁸ http://www.gencat.cat/generalitat/cat/estatut/index_2006.htm

⁴⁹ <http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?vgnnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&applInstanceName=default&action=fitxa&documentId=53117>

⁵⁰ José María Uribe Oyarbide; a "Antropología Social y Atención Primaria de Salud: Un encuentro ineludible"; a Mari Luz Esteban (ed.) *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Ed. Osalde, Bilbao 2007; p. 45

L'assistència primària és la base del sistema sanitari, el primer esglaó i primer contacte entre el món sanitari i els col·lectius i individus, tal com queda sancionat a l'article 15 de la Ley general de Sanidad de 1986.

A Catalunya, partir de l'any 1985 es va posar en marxa la reforma de l'assistència primària i es van crear els Equips d'Atenció Primària que exerceixen als Centres d'Atenció Primària (CAP). Així és com ho presenta la Generalitat de Catalunya al seu portal gencat.cat⁵¹: "L'equip d'atenció primària (EAP) és el conjunt de professionals de medicina de família, pediatria, infermeria, **odontologia**, treball social i d'atenció al ciutadà, preparat per oferir una **atenció integral** que inclou l'atenció i la promoció de la salut i l'educació en els hàbits saludables, la prevenció de malalties i l'orientació en l'assistència social."

Si bé s'hi diu que l'assistència ha de ser integral, la reforma de l'assistència primària no s'ha traduït en canvi en una gran millora quant a les prestacions odontològiques, que segueixen sent bàsicament tractaments pal·liatius i extraccions; s'ha de reconèixer que s'ha fet molta incidència en la part preventiva i comunitària però els tractaments conservadors no s'han implementat i s'han deixat en mans del sector privat. Cert que s'han posat en marxa de manera puntual alguns programes pilots que desenvolupen tractaments de tipus conservador -obturacions o endodòncies p.ex.- , en particular per a la població d'edat escolar, i també que l'heterogeneïtat en el model de gestió dels diferents CAPs (però la gran majoria són de titularitat pública encara) ha comportat prestacions també una mica diferents segons on, però en el global les coses no han canviat gaire de com estaven. Així, les activitats de l'odontòleg d'assistència primària venen definides pel Programa Marc de Salut Bucodental a les àrees bàsiques de salut (PMSBD) establert l'any 90⁵²; es tracta d'activitats orientades a la prevenció i de tipus comunitari. Per altra banda La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya de 1990 (LOSC) va establir el Pla de Salut, triennal, que marca uns objectius a complir en el període. En el cas de l'odontologia aquests objectius s'han fixat principalment en la disminució de la càries en la població d'edat escolar.

⁵¹ http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.860e901bf7168d2c8bd97260b0c0e1a0/?vgnnextoid=aef8074fbac4d210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=aef8074fbac4d210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&newLang=ca_ES

⁵² Elías Casals Peidró i Emili Cuenca Sala. *La xarxa d'odontologia d'atenció primària davant el repte de les noves prestacions en escolars*. Ed. COEC; Barcelona 2010; p.27.

6. Metodologia

6.1. Camp d'estudi i població

El camp d'estudi es correspon amb els residents ingressats a 9 institucions tancades per a la tercera edat del Vallès Oriental i situades dins dos termes municipals limítrofs que corresponen a una mateixa ABS (Àrea Bàsica de Salut).

Per les condicions de confidencialitat requerides no s'anomenaran aquí ni les residències ni els residents sinó que es descriuen les 9 institucions amb les lletres A),B),C),D),E),F),G),H) i I) mentre que als residents se'ls adjudica una identificació numèrica correlativa, corresponent a la numeració de 4 dígits del formulari de l'OMS. Es comença doncs amb el primer com a resident 0001 de la residència A i segueix la numeració fins al resident 0336 de la residència I. Aquesta mateixa numeració s'adjudica al formulari de l'enquesta i a les entrevistes fetes a alguns residents.

6.2. Mètode de recollida de dades

La sistemàtica seguida per a les visites als residents ha estat la següent: prèvia informació als centres i el seu acord així com també el de la direcció d'assistència primària del CAP on exercim, ens hem desplaçat a les residències l'equip d'odontologia del CAP, és a dir el facultatiu estomatòleg i l'auxiliar d'odontologia. Un cop a lloc hem entregat uns consentiments informats per a ser signats previs a la visita, bé pels propis residents bé per les persones autoritzades; al final de la visita s'ha entregat un informe clínic personalitzat amb l'estat bucodental de cada resident.

Per aquestes visites ens hem endut el material mínim necessari (llum, bata blanca, guants, mascaretes, espèculums intraorals, depressors, gasses, sondes detectores de càries i sondes periodontals). Les visites s'han realitzat en ubicacions diverses segons la disponibilitat d'espai de les residències; en unes a la infermeria/sala de cures o al despatx mèdic, en d'altres bé al menjador o a la sala d'estar i en algun cas en una habitació desocupada en aquells moments. En la quasi totalitat dels casos els residents han acudit a l'indret escollit, bé pel seu propi peu, bé duts pel personal del centre o per nosaltres mateixos quan anaven en cadira de rodes; en casos molt minoritaris de pacients allitats però en estat de ser visitats, ens hem desplaçat nosaltres a la seva habitació.

Quant a les visites per a les entrevistes, aquestes s'han realitzat en un segon termini i amb una altra sistemàtica; s'ha buscat que l'entrevista fos més personalitzada, sense altra presència que la del resident entrevistat i l'entrevistador i també que resultés el mínim possible afectada pels condicionaments de la relació metge/pacient, per tant hi ha anat només el facultatiu però vestit de carrer i no s'ha endut cap material d'odontologia sinó només una gravadora, i com a tal s'ha fet servir el propi notebook col·locat a una distància que no resultés intimidador ni intrusiu.

Els mètodes de recollida de dades són de diferent tipus:

- Enquesta sobre salut oral i qualitat de vida: s'efectua a tots els residents que estiguin en condicions de respondre-la: es descarten doncs d'entrada els pacients amb demència o altra afectació psíquica o neurològica incapacitant.
- Examen de salut oral clínic i quantitatiu practicat pel metge estomatòleg a tots els 336 residents.
- Entrevista practicada a 10 residents de la tercera edat.

La recollida de dades s'ha efectuat al llarg del 2012 i primer semestre 2013.

6.3. Tipus de dades

- **L'enquesta sobre salut oral i qualitat de vida**, que consta d'un qüestionari estandarditzat de 4 preguntes, amb 4 nivells de resposta cada una, referents a com l'estat de salut oral afecta certs aspectes de la quotidianitat. S'ha utilitzat el qüestionari dental de l'HIS (*Rand Health Insurance Study*)⁵³ al qual s'ha afegit una quarta pregunta referent als problemes per a menjar i mastegar, així com dos indicadors suplementaris sobre la higiene oral i l'última visita feta al dentista. (Qüestionari amb els indicadors disponible als annexos 10.1.)
- **La valoració quantitativa**, que es realitza fent un examen clínic que es reflecteix en el formulari de l'OMS per a la salut oral on es registren una sèrie d'indicadors. (Formulari amb els indicadors disponible als annexos 10.3.)

⁵³ Teresa A. Dolan, D.D.S., M.P.H.; Barbara R. Gooch, D.M.D., M.P.H. Dental health questions from the Rand Health Insurance Study, a Slade, Gary D. (ed.) (1997). *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; pp. 65-70

- **Les entrevistes qualitatives**, semiestructurades segons una guia d'entrevista⁵⁴, d'una durada d'uns 15 minuts (Macentee les feia de 45m./una hora però en el cas que en ocupa es tracta de gent de molta edat i es cansen aviat), serien estudis qualitius de casos; es preveuen raonablement obertes amb la finalitat d'obtenir resposta a una pregunta bàsica: Quin significat té la salut oral a la vida de la gent gran institucionalitzada? (Això mateix plantejava M. Macentee però amb persones de la tercera edat autònomes, no institucionalitzades). Tota manera, tal com fa Macentee, per aconseguir resposta a aquesta pregunta bàsica resulta necessari fer una sèrie de preguntes subalternes que no es plantegen de manera molt estructurada sinó que s'inicia la conversa de manera informal i es procura col·locar-les segons l'evolució natural d'aquesta. El que interessa però és obtenir resposta a una sèrie d'indicadors predeterminats que conformen la nostra guia d'entrevista. (Guia d'entrevista amb els indicadors disponible als annexos 10.2.)

6.4. Model d'anàlisi

- Per una banda s'ha de fer una anàlisi estadística i interpretació dels resultats de l'enquesta. Aquí, encara que les preguntes de l'enquesta siguin sobre qualitat de vida, no deixem de seguir un model d'anàlisi de tipus **deductiu** que ens facilita una **descripció**⁵⁵. Aquesta anàlisi, a partir dels indicadors de l'enquesta, ens ha de permetre assolir la resposta a l'objectiu principal 1.
- Després es tracta de comparar els resultats de l'enquesta amb els resultats quantitius obtinguts pel professional sanitari. Aquesta anàlisi comparativa es correspon amb l'objectiu principal 2 i la podem fer un cop assolit l' objectiu secundari que està basat en els indicadors quantitius.
- Finalment es tracta d'analitzar les entrevistes qualitatives practicades, a la llum dels indicadors escollits. Aquí en canvi, el que farem és una anàlisi **inductiva** que ens ha de portar a la **comprensió**⁵⁶. Aquesta anàlisi és la que ens permetrà respondre a l'objectiu principal 3 .

⁵⁴ Jordi Roca i Girona. L'etnografia com a pràctica de camp. 2. Les entrevistes; a Pujadas, Joan J. (coord.) *Etnografia*. Barcelona: UOC; (2004), pp. 22-26

⁵⁵ Francesc Cónsola, Lluís Costa i Àngela Pallarés. "Investigación y metodología". Tabla I. Características de la investigación cualitativa y cuantitativa. A Rosa Maria Boixareu (coord.) *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Ed. Herder. Barcelona 2008. P. 347

⁵⁶ *Ibidem*

7. Anàlisi de dades

7.1. Unitat d'observació

Unitat d'observació de la població total de residents assignada a l'estudi

Total de residents revisats: 336, distribuïts en 9 centres.

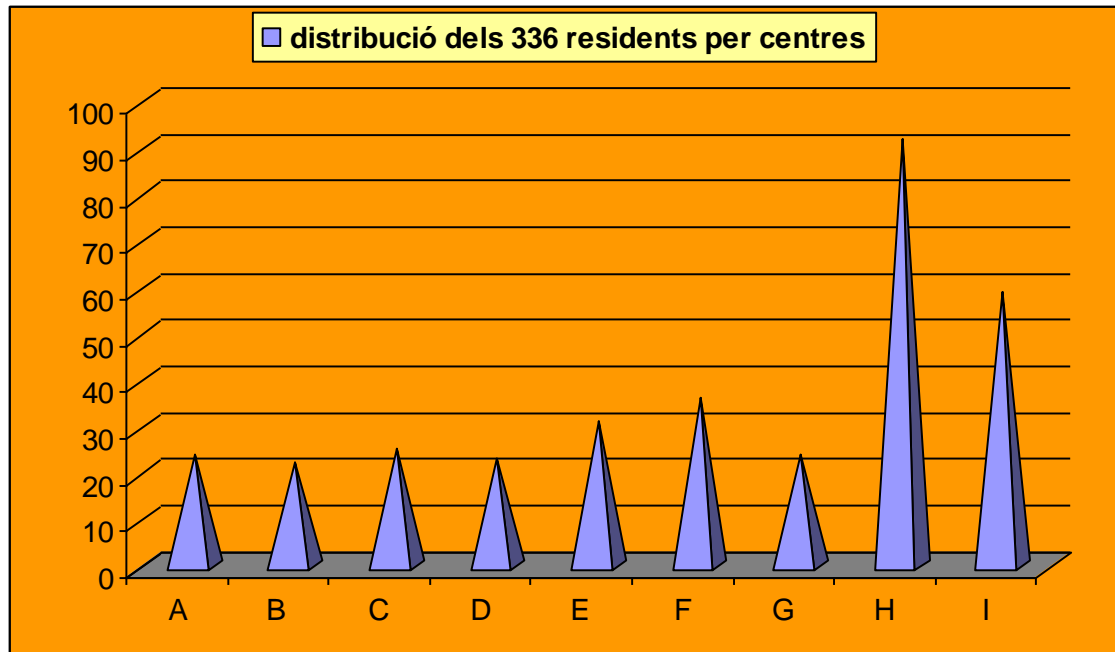


Figura 1

Veiem (Fig.1) que a la majoria dels centres hi ha entre 20 i 30 residents mentre que a dos d'ells n'hi ha més, 59 i 92 residents.

La composició de la població és la següent (Fig.2):

Dones: 261 = 77,68%

Homes: 75 = 22,32%

La mitjana d'edat és de: 84,25 anys

♀ 84,70 anys

♂ 82,71 anys

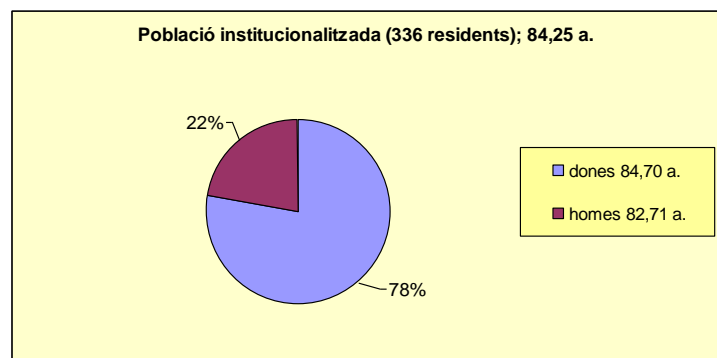


Figura 2

A partir de la composició de la població podem observar que es compleixen dues de les premisses que trobem a la literatura sobre ancianitat, és a dir més proporció de dones que d'homes i més longeves elles que no pas ells. Podem veure

també que estem parlant d'unes edats molt avançades, prop de 85a. la mitjana, és a dir que la majoria estan entre 80 i 90 però també uns quants de prop de 100 anys. No estem parlant doncs de persones de la tercera edat recent jubilades sinó de gent que està instal·lada en el procés de l'envelliment des de fa molt temps. Això ens porta a plantejar-nos si no haguéssim tingut que titular més aviat l'estudi com a "Valoració qualitativa de la salut oral d'una població institucionalitzada de la **quarta** edat".

Unitat d'observació dels residents que han respost a l'enquesta

Prèviament a valorar l'enquesta hem de fer unes consideracions respecte de l'estat psicofísic de la població institucionalitzada. A banda que la quasi totalitat tenen pluripatologies mèdiques -com és d'esperar en la gent que arriba a edats molt avançades- el que aquí es comprova és que la gran majoria està afectada per processos que els incapacita per a regir-se mínimament. Això ens redueix doncs notablement la unitat d'observació de l'enquesta en relació amb la unitat d'observació inicial.

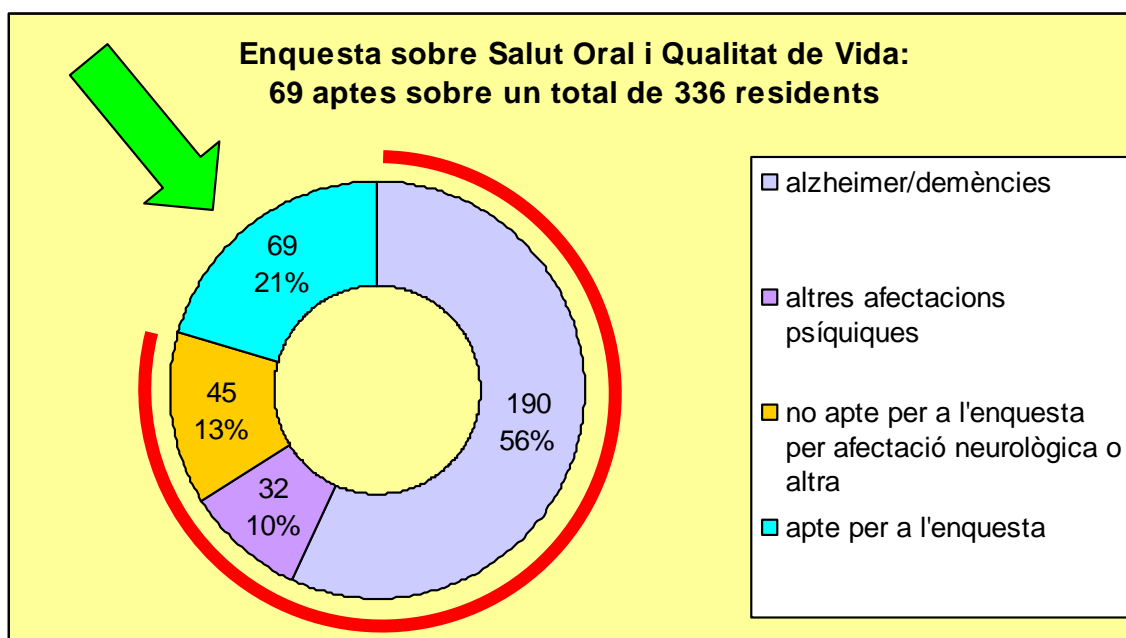


Figura 3

Com es pot veure en aquesta gràfica (Fig. 3), només 69 residents han pogut contestar l'enquesta. Ens trobem doncs amb un primer resultat que evidencia les subcategories d'ancianitat que refereix T. San Roman; en aquest cas les diferències són molt clares entre **ancianitat** i **decrepitud** i podem observar que una majoria aclaparadora de la població institucionalitzada es troba en estat de decrepitud, quasi el 80 % de la població. Sent però l'altre 20% quasi tots ells ancians fràgils, per edat i pluripatologia

mèdica. I sent pràcticament el 100% persones **dependents**. Això ja necessàriament condiciona un ambient sociocultural determinat.

Un es pregunta fins a quin punt aquest ambient de majoritària decrepitud no facilita fer el salt dins d'aquesta subcategoria d'ancians a aquells que encara no estan senils. P.ex. em va cridar l'atenció la residència A, potser per ser la primera a ser visitada, on de 24 residents 22 patien alteracions psíquiques incapacitants i solament 2 estaven en mesura de respondre a l'enquesta (Fig. 5). La primera impressió etnogràfica, poc engrescadora doncs i una mica surrealista, va ser la visió d'una sala on estaven assegudes en cadira de rodes 22 persones amb la mirada perduda mentre a la televisió s'emetia la pel·lícula "El abuelo tiene un plan"(!), que ningú mirava. Em va passar pel cap que les altres dues persones no trigarien gaire a estar igual... I això malgrat la sol·licitud que s'apreciava en les cuidadores.

La composició poblacional dels que han contestat l'enquesta és la següent (Fig. 4):

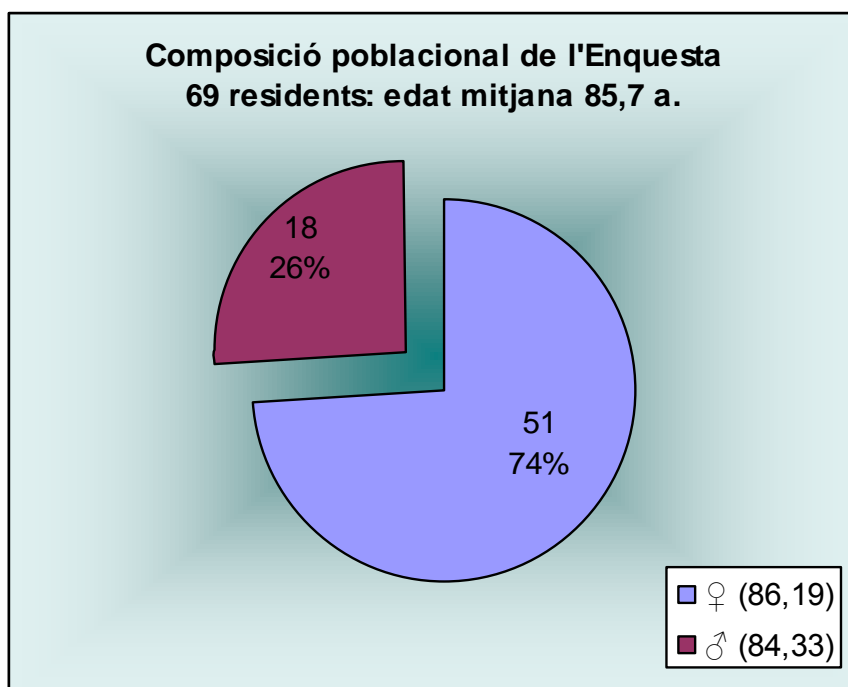


Figura 4

L'edat mitjana dels enquestats és de 85,7 anys, és a dir quasi la mateixa que la mitjana d'edat del total de 336 residents (84,25 a.); es comprova doncs que la diferència entre avis sans (o fràgils) i decrepits estaria més aviat en relació amb **factors individuals** que no merament en funció de l'edat; cas contrari haguéssim trobat una cohort d'edat més jove en els que estan capacitats per respondre front els que no ho estan. De fet fins i tot trobem una edat any i mig superior en els que han contestat, és a dir ancians fràgils, front la mitjana general.

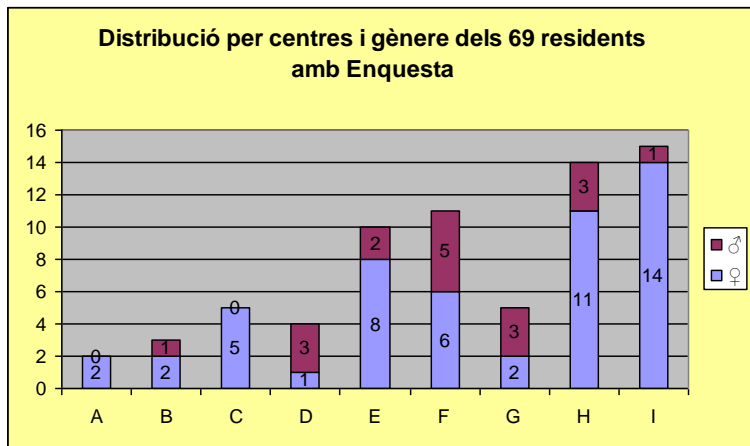


Figura 5

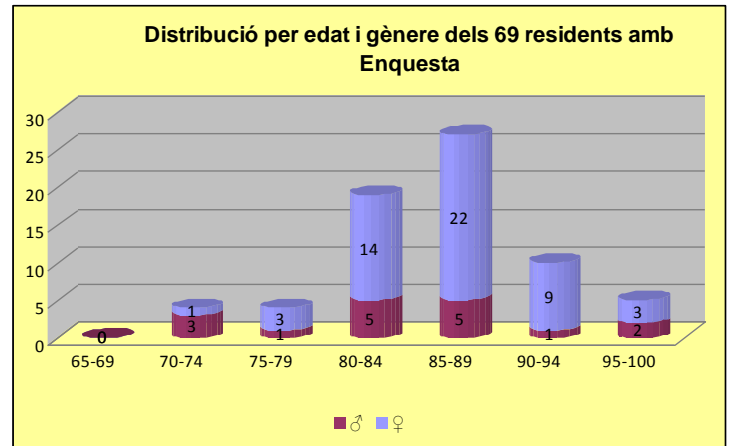


Figura 6

Un altre resultat obtingut es refereix als propis mètodes utilitzats per avaluar aquesta població. Així amb aquests ancians, de la quarta edat com diuen alguns autors o en qualsevol cas ancians fràgils tots ells, he pogut comprovar com l'instrument d'enquesta per a poblacions geriàtriques més utilitzat en altres estudis -el GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)- no m'era d'utilitat per ser massa complex en les preguntes, massa llarg i amb massa opcions de respostes per a les seves capacitats intel·lectuals. El GOHAI utilitzat exitosament en un altre estudi⁵⁷ s'adequa a una composició poblacional amb 15,6% entre 60 i 64 anys, 46,7 % entre 65 i 74 anys i només 37,8 % superior a 75 anys sense més especificacions. En un altre⁵⁸ encara, l'edat mitjana és de 67 anys. Molt diferent dels 85 anys de mitjana del meu cas (Fig. 6). Així, allò que és útil per avaluar ancians sans o "young-old" pot deixar de ser funcional i acabar requerint d'un instrument més simple per avaluar els ancians fràgils o "old-old" o els de menor nivell cultural o intel·lectual. En qualsevol cas no estic dient que el GOHAI no serveixi per a ancians d'edat avançada, sinó que no m'ha resultat útil per al meu estudi sobre uns residents amb una mitjana d'edat de 85 anys i amb unes característiques socioculturals concretes. Per això vaig recórrer al qüestionari de l'HIS explicat a la metodologia.

⁵⁷ Murariu Alice, Hanganu Carmen, Bobu Livia (2010). "Evaluation of the Reliability of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in Institutionalized Elderly In Romania: A Pilot Study". OHDMBSC - Vol. IX - No. 1 - March, 2010. (Data de consulta: 20-11-2012) P. 12 <http://www.oralhealth.ro/volumes/2010/volume-1/V1-10-3.pdf>.

⁵⁸ Esquivia-la Hernández, Rosa Isabel y Jiménez Férrez, Juana (2010). "Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI". Revista ADM Mayo-Junio 2010 Vol. LXVII. Número 3. pp. 127-32. (Data consulta: 20-11-2012).

7.2. Enquesta sobre Salut Oral i Qualitat de Vida

L'anàlisi de l'enquesta té per finalitat poder respondre a l' **Objectiu principal 1: Conèixer la percepció que té una població institucionalitzada de la tercera edat del seu estat de salut oral.**

Els resultats de l'enquesta, segons les respostes (graduades de l'1 al 4) que varen facilitar els 69 residents als 4 ítems plantejats, són els següents (Fig. 7):

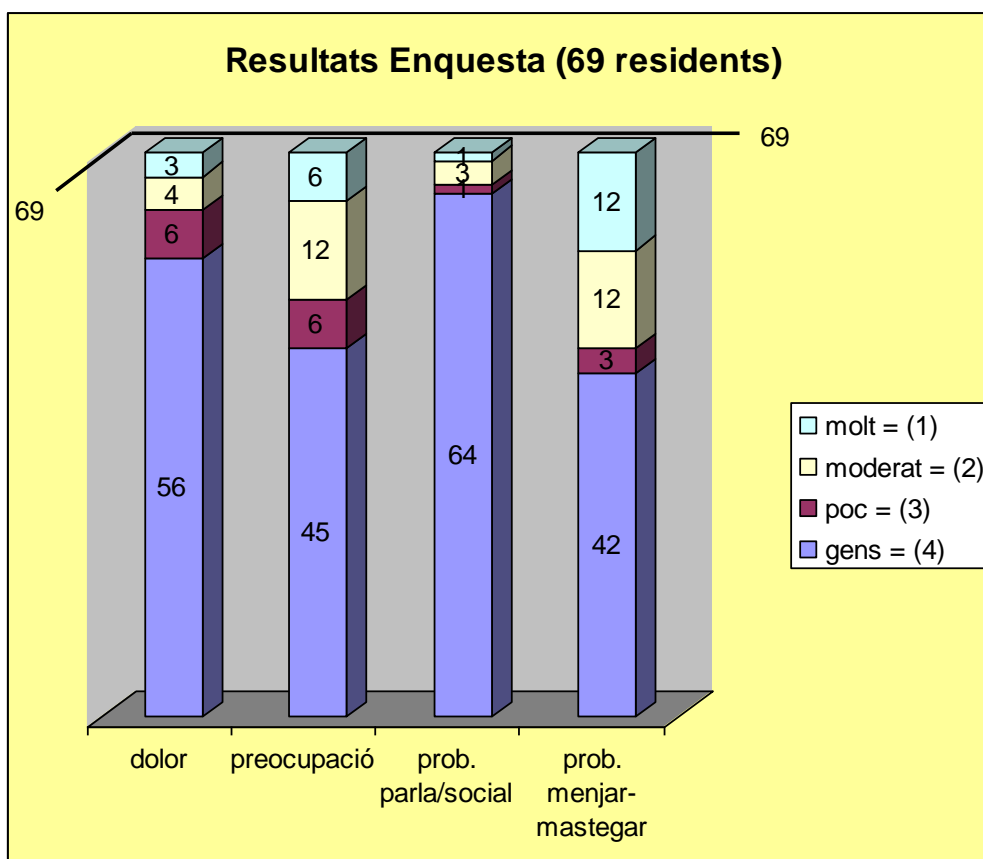


Figura 7

A primera vista, s'aprecia doncs que on hi ha menys afectació a causa de l'estat de salut bucal és sobre la parla i relació social, en segon lloc ve el dolor, en tercer lloc la preocupació i en últim lloc allò més referit, tot i seguir sent minoritari, és la disfunció per a menjar-mastegar.

Analitzant els resultats amb més detall, de tots ells:

- 33 han referit no tenir cap dolor ni molèstia ni preocupació ni afectació funcional tant per a la parla/relacions socials com per a menjar. És a dir que quasi la meitat reflectirien una situació ideal.

- 13 han referit dolor; dels quals: una majoria de 8 estaven preocupats i alhora tenien algun grau d'alteració funcional, en 3 altres casos s'associava el dolor a la preocupació però sense alteració funcional ni social i en 2 casos es reconeixia una mica de dolor però sense preocupació ni alteracions funcionals o socials.
- 13 refereixen no tenir cap dolor i sí tenen algun grau de preocupació que habitualment està en relació amb una dificultat per a menjar/mastegar.
- 10 han referit no tenir cap dolor ni tampoc estar gens preocupats però sí reconeixen algun grau d'alteració funcional, per a mastegar en 9 casos i per a la parla en només 1 cas.

En conclusió: La impressió és que per a la immensa majoria (64/69), l'estat bucal, sigui quin sigui, no representa un compromís per a la parla i la seva vida relacional. Molt majoritàriament també (56/69) no expressen dolor i majoritàriament (45/69) la boca no els resulta un tema de preocupació. Quan això últim es produeix, és en grau moderat i ho posen en relació amb alguna alteració funcional, habitualment per a mastegar; més o menys la meitat de les vegades la disfunció va associada amb un cert grau de dolor. S'observa també que la preocupació és inferior a la disfunció percebuda, sent així que 10 residents no estan gens preocupats malgrat reconèixer problemes al l'hora de mastegar/menjar.

Però que aquesta població refereixi sentir-se tan poc afectada, p.ex. amb quasi la meitat (33) totalment asimptomàtica i despreocupada, no vol dir necessàriament que estigui satisfeta. Aquesta no és una pregunta que se'ls hagi plantejat, com tampoc se'ls ha preguntat si desitjarien quelcom. No ho sabem doncs. Encara menys vol dir que l'estat sigui saludable, doncs com bé diu Francesc Torralba⁵⁹ “si la salut «es la vida en el silenci de los órganos» (Leriche), el silencio de los órganos no es forzosamente signo de salud”, i aquesta frase pren el seu sentit en el benentès que nosaltres per salut no entenem el mateix que Leriche al segle XIX sinó el millor benestar. Ens podem qüestionar doncs si el “silenci simptomàtic” respon a la satisfacció de qui té el millor benestar o més aviat a la **resignació** o a una **adaptació** a la circumstància vital. Podem intuir que d'adaptació i resignació n'hi han davant el fet que 10 refereixen no estar gens preocupats alhora que refereixen algun grau de disfunció, o sia que l' accepten *de bon grat*? Es veu en canvi en l'anàlisi de resultats

⁵⁹ Francesc Torralba. El sufrimiento: una exploración conceptual. La cuestión del sentido; a Boixareu, Rosa Maria (coord.) *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder, 2008; P. 254

que en la majoria de casos amb dolor, el grau de preocupació és semblant al grau de dolor; o sia que semblaria que al dolor no s'hi resignen.

Cal confirmar doncs els veritables motius d'aquest "silenci simptomàtic" i esbrinar si és fruit d'una adaptació i resignació pròpies de l'experiència vital i l'edat o facilitat per la situació i l'entorn. Amb això ens han d'ajudar les entrevistes ja que ens podem preguntar si aquest "silenci" es correspon fidelment amb la realitat sentida pel resident o bé simplement és expressió de la insuficiència de la pregunta que requeriria més aviat d'una narració en la resposta que no pas d'una simple tria entre 4 opcions. La traducció de l'experiència vital del dolor i la malaltia en persones tan longeves requereix probablement quelcom més que marcar una x en un requadre de resposta.

Quant als hàbits d'higiene oral (Fig. 8), la gran majoria dels enquestats diu ser complidora a diari amb la seva pràctica (raspallat de dents i pròtesis)

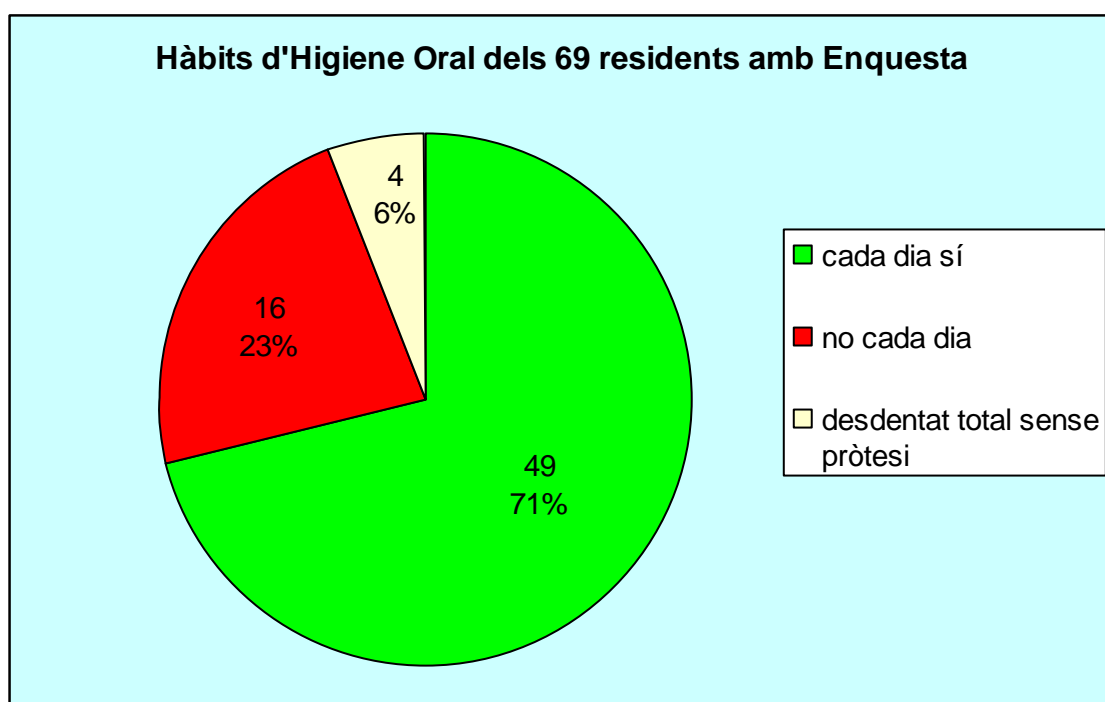


Figura 8

Pel que fa a l'última visita feta al dentista (Fig. 9), només una petita minoria (13) refereix haver-hi acudit durant l'últim any i segueixen sent minoria si es mira fins a 5 anys enrere. De fet la gran majoria fa molts anys que no hi ha anat o ni tan sols ho recorda amb relativa precisió, 2 inclús no hi han anat mai. Així, les respostes "Fa molts anys!" o "Uiiii... fa molt temps..!" eren prou habituals.

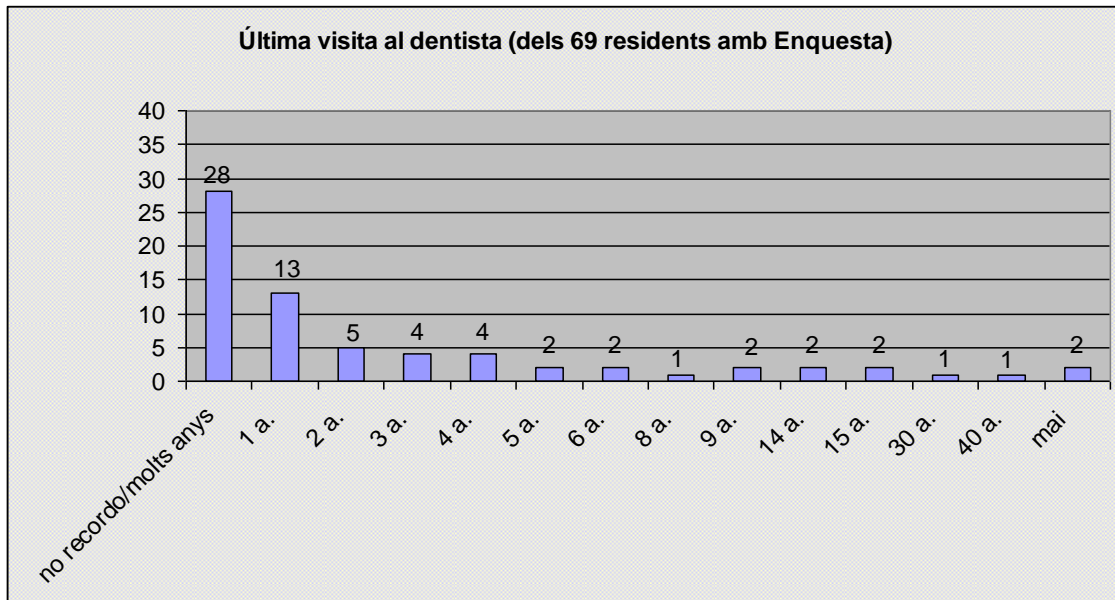


Figura 9

Podem concloure doncs que reconeixen implícitament una manca d'assistència odontològica. I si ens fixem que n'hi ha 24 que referien algun grau de preocupació i 27 alguna disfunció a l'hora de mastegar, donat que solament 13 han anat al dentista durant l'últim any, cal deduir que els altres bé s'han resignat bé s'han adaptat bé no han sabut com resoldre-ho. És una altra qüestió que cal mirar d'aprofundir amb les entrevistes.

7.3. Valoració quantitativa

Aquesta valoració, necessària per tal de poder fer després l'anàlisi comparativa, es correspon amb l' **Objectiu secundari: Conèixer la valoració quantitativa de l'estat de salut oral d'aquesta mateixa població institucionalitzada de la tercera edat, feta pel professional sanitari, especialista en estomatologia**

Valoració quantitativa de la Unitat d'Observació dels 69 residents amb Enquesta

Seguidament donaré alguns resultats quantitius, basats en els ítems del qüestionari de l'OMS, sobre la salut oral dels 69 residents que han contestat l'enquesta.

Índex CAO (mitjana de les peces Cariades, Absents, Obturades) **dels 69 que han contestat enquesta = 27,65** CAO ♀ = 26,64 CAO ♂ = 28,83

Aquests índexs CAO són superiors als que han trobat altres autors ⁶⁰ en estudis a pacients institucionalitzats (20,20 de mitjana, 20,43 en dones i 18,93 en homes) però la franja mitjana d'edat d'aquell grup era de 67 anys, i en la mostra de 96 persones només n'hi havia 4 entre 80 i 84 anys i 2 de més de 84 anys. És natural doncs que nosaltres trobem uns índexs superiors amb una mitjana d'edat de quasi 20 anys més.

Necessitat d'atenció per càries (exodòncies, obturacions o endodòncies): 31 residents, és a dir el **45%** (prou semblant al 50% referit en un estudi sobre població institucionalitzada de Granada ⁶¹)

Necessitat de pròtesi:

30 residents, el **43 %**, presenten necessitat de pròtesi (resultat bastant proper al 46,7% d'un altre estudi sobre ancians institucionalitzats⁶²); en 11 casos hi ha una absència total de funció masticatòria que requereix de pròtesi completa i en 19 casos es tracta d'una afectació important de la funció masticatòria que requereix de pròtesis parcials.

Necessitat de tartrectomia:

S'ha comprovat necessitat de tartrectomia en 14 casos, és a dir el **20%** dels residents, aquesta taxa aparentment baixa s'explica per l'elevat nivell de desdentació.

En total, 39 residents requereixen alguna mena de tractament protètic o dentari i alguns d'aquests també tartrectomia. Dels altres 30 que no requereixen tractament, 22 ja són portadors de completes, 6 portadors de parcials (quasi sempre amb comptades peces restants) i dos portadors de pròtesis completes sobre implants.

Afectació ATM:

Sintomatologia: 0 casos

⁶⁰ Esquivel Hernández, Rosa Isabel y Jiménez Férrez, Juana (2010). "Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI". Revista ADM Mayo-Junio 2010 Vol. LXVII. Número 3. pp. 127-32. (Data consulta: 20-11-2012). P.129

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103f.pdf>

⁶¹ Pinzón-Pulido, S A y Gil-Montoya J A (1999). "Validación del Índice de Valoración de Salud Oral en Geriátrica en una población geriátrica institucionalizada de Granada". Rev Esp Geriatr Gerontol. 1999;34:273-82. - vol.34 núm. 5.

⁶² Murariu Alice, Hanganu Carmen, Bobu Livia (2010). "Evaluation of the Reliability of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in Institutionalized Elderly In Romania: A Pilot Study". OHDMBSC - Vol. IX - No. 1 - March, 2010.

<http://www.oralhealth.ro/volumes/2010/volume-1/V1-10-3.pdf>

Signes objectius: 19 casos = 27,53% [14 casos (20,3%) amb només clic articular, 4 casos (5,8%) amb només mobilitat reduïda, 1 cas (1,4%) amb clic articular i dolor a la palpació].

És rellevant la diferència entre l'afectació percebuda del **0%** i la patologia contrastada que és **27,53%**.

Aquest valors objectius són alts si els comparem amb els que troben altres autors; p.ex. en un estudi ⁶³ amb edat mitjana de 71 anys i 61,7% de dones i 38,3% d'homes, el resultat era 5,8% de clics, 5,1% de dolor i 2,2 % de disminució de l'obertura, i si d'aquest estudi seleccionem els de més de 80 anys, aleshores es troben 7,8 % de clics, 5,2 % de dolor i cap disminució a l'obertura. Tenint en compte que la nostra mitjana és de 85,7 anys, els nostres resultats doblen els d'aquest estudi. Objectivament són més semblants als resultats obtinguts en un altre estudi ⁶⁴ que dona un 27 % de clics a l'examen clínic d'una població geriàtrica de 65-79 anys, encara que en aquest cas també refereixen una percepció subjectiva de dolor del 8% i de clics del 14% i en canvi en el nostre estudi la percepció subjectiva és nul·la.

Tot i així s'ha de remarcar que no es va utilitzar fonendoscopi per a fer l'auscultació de l'ATM ni regla mil·limetrada, la qual cosa probablement hagués augmentat encara més el percentatge de patologia detectada.

Valoració quantitativa de la Unitat d'Observació del total de 336 residents

Com a complement d'informació donaré unes dades quantitatives corresponents a tota la població institucionalitzada objecte d'estudi (336 residents).

Índex CAO total (9 residències) : **ICAO = 26,43**

Quant a la població total institucionalitzada, es fa difícil fer propostes de tractament a tenor del seu estat. Així, podem reflectir les necessitat de tractaments de càries i de tartrectomia però la conveniència de posar pròtesi queda en suspens en

⁶³ Morales-Suárez-Varela, María; Ibáñez-Cabanell, Pilar; Gimeno-Clemente, Natalia; Roig-García, José Manuel; Nieto-García, María Adoración; Llopis-González, Agustín (2011). "Oral and dental health of non-institutionalized elderly people in Spain". Archives of Gerontology and Geriatrics, Volume 52, Issue 2, March–April 2011, Pages 159-163.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494310000828>

⁶⁴ Helöe B. Helöe LA, The occurrence of TMJ -disorders in an elderly population as evaluated by recording of "subjective" and "objective" symptoms. acta odontol scand. 1978;36(1):3-9

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/305715>

funció del seu estat general. La necessitat de tartrectomia es fa evident en 59 casos (18%) i la presència de peces cariades tributàries d'algun tractament (exodòncia, obturació o endodòncia) en 170 casos, és a dir el 51% dels residents. La necessitat teòrica de posar pròtesi o de fer-ne arranjaments seria en 202 residents, és a dir el 60%. Aquí doncs s'ha de fer un abordatge interdisciplinari -més aviat que no multidisciplinari- per valorar cas per cas l'oportunitat dels tractaments. Entren aquí consideracions mèdiques i ètiques a tenir en compte, sobre el risc/benefici, estat general psicofísic, expectativa de vida, etc...

7.4. Comparativa: Enquesta/Valoració clínica quantitativa

Aquesta anàlisi és la que ens ha de permetre assolir l'**Objectiu principal 2: Analitzar el grau de coincidència entre la valoració feta pels residents de la 3^a edat (model mèdic antropològic) i la valoració clínica del professional (model biomèdic).**

Per a fer aquesta comparativa posarem per una banda el total de casos amb qualsevol afectació referits pels enquestats i per altra banda el total de casos de patologia observats pel clínic. (Fig. 10)

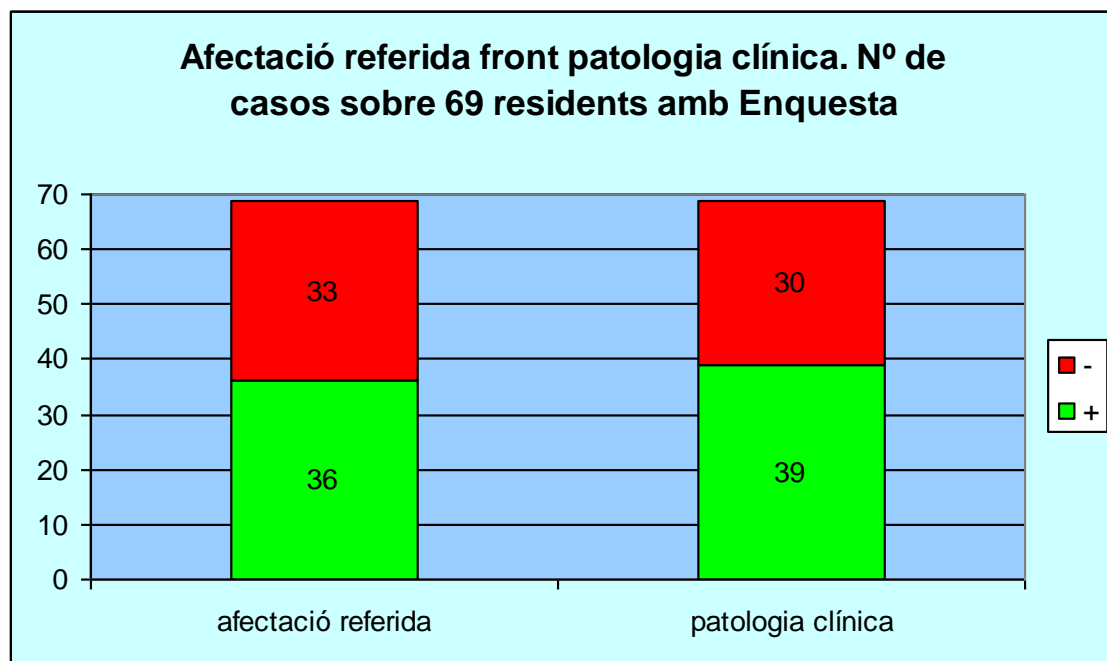


Figura 10

Veiem que les afectacions referides -tant aviat de dolor, preocupació, compromís per a la parla/social o disfunció i això en el grau que sigui- representen una mica més de la meitat dels casos (36/69). En quantitats absolutes això pot semblar a primera a vista no gaire diferent de la patologia clínica, que també és una mica

superior a la meitat (39/69). Podria semblar doncs que l'afectació percebuda i referida pels residents és prou semblant a la patologia observada pel clínic però, si ho mirem en detall, veurem que això no és cert donat que els casos no són superposables. Així, hi ha casos de percepció de dolor, preocupació o disfunció que no es corresponen amb cap alteració clínica i altres, més nombrosos, on no es refereix afectació i sí s'aprecia en canvi patologia oral.

Per saber si existeix una construcció personal de la malaltia (*illness*) diferent de la malaltia o disfunció biològica (*disease*), ens cal fer doncs una comparació més detallada com la reflectida amb la gràfica de sota (Fig. 11), on es discriminen els casos de coincidència/discrepància en la valoració de l'estat de salut oral en 4 possibles grups formats a partir de l'encreuament de les respostes afirmatives o negatives a l'Enquesta amb la presència o absència de patologia clínicament observada.

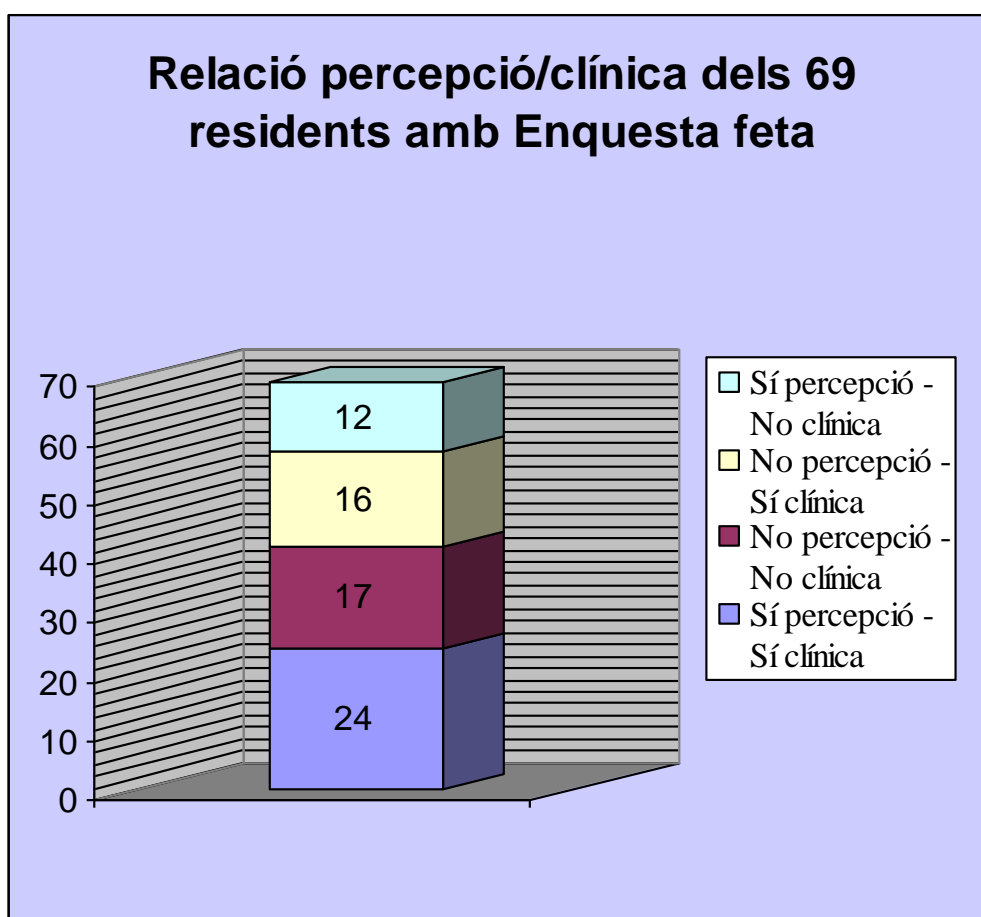


Figura 11

Fet aquest exercici, podem comprovar com hi ha coincidència en 17 + 24 casos, és a dir **59,4%** i que no coincideix en l'altre **40,6%**. Això és quasi la meitat i ens permet concloure que sí que hi ha doncs una construcció cultural de la malaltia, diferent a la patologia observada pel professional.

Més encara, si considerem la malaltia percebuda, la *illness*, l'**aflicció**, en funció del grau de preocupació, de **consciència de malaltia**, aleshores podem veure amb la gràfica de sota (Fig. 12) com la distància entre la *illness* i la *disease* segueix sent important. Això es produeix perquè hi ha molta disfunció que, per bé que la reconeixen, no la consideren com a problema i també passa el mateix amb algun dolor lleu. I si considerem ja la intensitat de la percepció, podem veure que només sis residents se senten molt afectats respecte la seva salut oral, un número molt petit en relació amb tota la patologia objectivada.

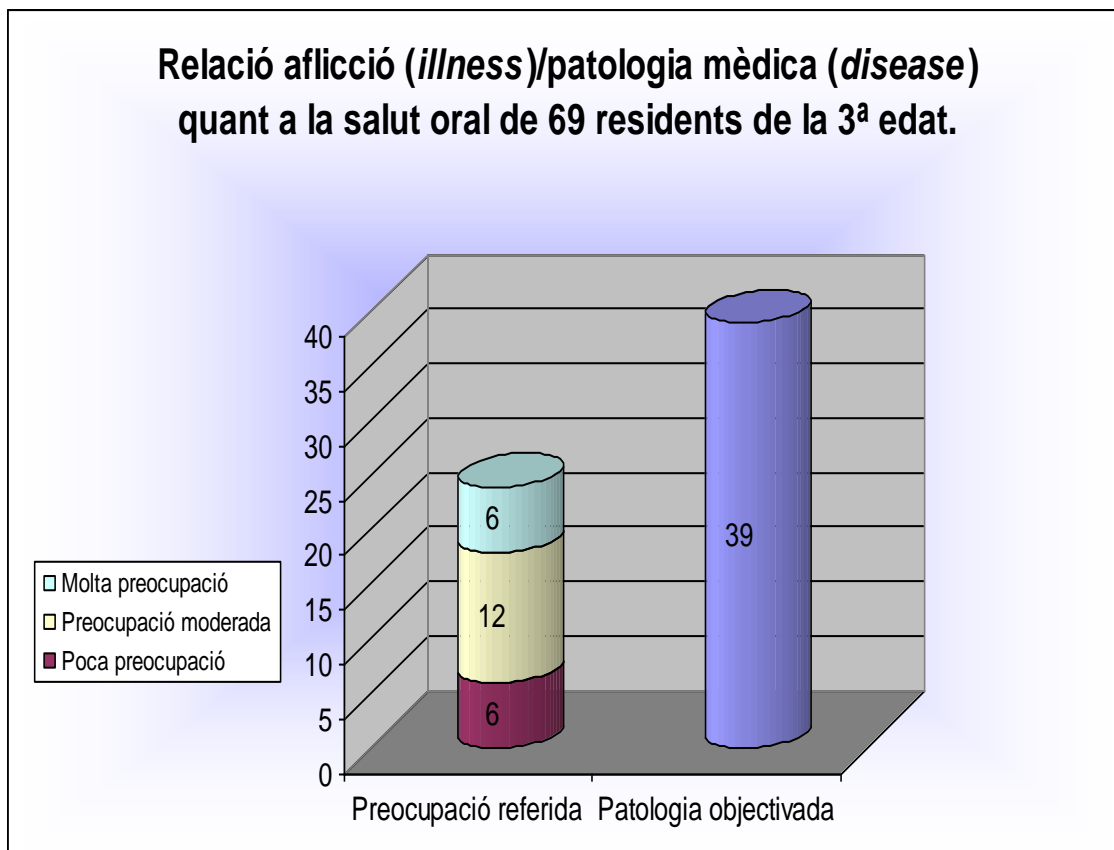


Figura 12

Això ens suggereix doncs la idea que en aquest entorn l'aflicció (*illness*) és prou diferent a la malaltia biològica (*disease*). L'enquesta trasllada així una percepció i preocupació per la malaltia molt inferior respecte al que és la seva expressió biològica, quasi la meitat.

Tanmateix ja hem dit que les enquestes només "descriuen". Per això, al "silenci simptomàtic" que descriuen ens cal donar-li veu amb l'abordatge més qualitatiu i antropològic propi de les entrevistes perquè puguem "comprendre'l" millor i entendre doncs quin és el seu verdader significat.

7.5. Entrevistes qualitatives

L'anàlisi qualitativa de les entrevistes és la que ha de permetre assolir l'

Objectiu principal 3: Analitzar com es genera una construcció cultural i social de salut/malaltia oral, a partir de la interacció entre les percepcions dels avis i alguns factors propis al medi institucionalitzat

La millor manera d'aproximar-nos a la construcció cultural i social de la salut/malaltia oral i del dolor associat és mitjançant les entrevistes. Per a fer-ne una anàlisi qualitativa a partir de la seva transcripció he pensat que una bona manera podia ser una **narració** que anés des de la infància al seu estat actual i basada en les respostes als diferents indicadors. Seguidament posaré doncs la meua interpretació i en *blau* i de manera literal algunes coses que ells han dit. Aquesta narració ens porta a entendre com la seva percepció i interpretació de la malaltia oral i del dolor és un constructe fruit de la seva biografia alhora que de la seva institucionalització actual.

He entrevistat a 10 residents, 3 homes i 7 dones: 0074♂ 83a. , 0079♀ 84a. , 0094♂ 73a. , 0320♀ 97a. , 0321♀ 80a. , 0329♀ 93a. , 0330♂ 95a. , 0332♀ 84a. , 0334♀ 81a. , 0336♀ 87a.

Un primer factor prou comú als residents entrevistats es detecta a l'inici de les seves biografies, la majoria són nascuts en famílies molt humils i treballadores, en un ambient sociocultural baix i de pobresa; això s'acusa més si cal en els residents immigrants a Catalunya que no en els originaris d'aquí. La gran majoria dels entrevistats solen tenir un nivell d'estudis molt elemental però els que venen de fora en molts casos ni tan sols varen anar a escola i molts varen començar a treballar ja de nens, alguns són encara quasi analfabets i algun altre ho és del tot. *P.ex. 0321♀ diu "leer, leo, y escribir, a mi manera, íbamos de pequeños a una señora muy mayor, jubilada, y le pagábamos 10cts. Al colegio no he ido" o 0329♀ que no va anar a col·legi perquè "Entonces no se podía...cuando era pequeña ayudaba a mi madre, a lavar y a lo que yo podía hacer..." o 0330♂ que va començar a treballar "cuando tenía ocho años...y entonces hasta los siete no te admitían en el colegio", és a dir que hi va anar tot just un any, o 0332♀ que no va anar a l'escola "nunca" i d'aprendre a llegir i escriure "Nada., ahora tampoco" i va venir a Catalunya als 14 anys "me vine aquí a los 14 años...me vine aquí a servir", o 0334♀ que tampoc va anar a escola "Yo he aprendido a leer y a firmar pero ya está, por mi cuenta...fuerza de voluntad" i que va venir a treballar a Barcelona "a los 10 años". O 0074♂ que es va quedar orfe de pare i mare als 6 anys i*

a l'escola no hi va anar *"nunca"* i de llegir o escriure *"No, no sé nada"*. O 0079♀ que va anar-hi *"poco, cuando tenía 10 años ya me iba a la aceituna..."* i de llegir i escriure *"Poca cosa, no, no"*. Pels residents entrevistats nascuts aquí l'ambient era més propici per anar a escola, com ara 0336♀, que va anar a col·legi *"fins als 14 anys"* o 0326♀ que va anar a l'escola i *"vaig començar a treballar als 19 anys"*. Tanmateix, 0320♀, nascuda a Catalunya i que amb un any ja era òrfena de pare, miner i pagès, es va tenir que posar a treballar amb 9 anys.

A partir d'aquests durs inicis tots els entrevistats relaten un historial de molt treball, gran esforç i sacrifici, p.ex. 0329♀ *"A trabajar de noche y de día para criar a mis hijos"*, 0334♀ *"...siempre he estado trabajando"*, 0079♀ *"me vine aquí y ¡Trabajé el doble que trabajaba allí!"* es va casar *"¡Y trabajé más todavía!"*.

No és sorprenent que amb aquestes biografies, la salut oral hagi estat desatesa en els primers anys de vida. El seu historial odontològic no comença a la infància: menys en un cas 0330♂ *"iba mucho al dentista sí, porque la dentadura que tenía me dolía mucho, de niño..."* els altres no relaten problemes dentals a la infància ni cap mena de seguiment odontològic. Així, preguntats per si anaven al dentista de petits, p.ex. 0094♂ diu *"para nada"*, 0320♀ *"quan era petita no n'hi havia de dentistes"* i 0326♀ *"de petita, res, mai vaig anar al dentista"*.

De fet per a la majoria no existia a la infància cap noció d'haver de tenir cura de la boca; menys en quatre casos que sí que se'ls deia de fer-ho, els altres mai es van raspallar ni cuidar la boca de petits. Només 0326♀ explica que ho feia perquè li deien els seus pares, 0330♂ va adquirir hàbits higiènics gràcies al dentista on anava perquè li feien mal les peces de petit, 0332♀ diu que es raspallava *"Sí, con el cepillo, después de comer, antes de acostarme"* i 0334♀ diu que es raspallava perquè *"Un tío mío me lo decía, yo me he criado sin mis padres. Me decía: ¿Te has lavado la boca? Sí, tío, sí."* Però aquests casos són minoria.

Altres refereixen haver adquirit els hàbits d'higiene oral coincidint amb la marxa del seu poble cap a Catalunya, p.ex. 0079♀ que va emigrar cap a Catalunya amb 15 anys i diu sobre el raspallat de petita *"Allí no, no. En los pueblos no. Al venir aquí me empecé a cuidar un poco"*. Altres amb l'adolescència, com 0336♀ que diu que de petita *"Llavors no es rentaven les dents. Quan em vaig fer gran sí. Als 14 o 15."*

És a dir que molt majoritàriament de petits no van tenir l'oportunitat de ser alliçonats sobre higiene oral ni van adquirir els hàbits necessaris per a poder mantenir la boca sana i evitar la patologia que s'hauria de manifestar més endavant.

A partir de l'adolescència és quan comencen doncs els problemes dentals per a alguns, per motiu de càries, i aleshores inicien alguna visita al dentista que es resol amb l'extracció de la peça causant. Així, 0320♀ ja va tenir que anar al dentista “als 16-17 anys”, 0074♂ “tenía 14 o 15 años cuando empecé” i 0094♂ refereix haver tingut problemes “desde que tenía 16 o 17 años”.

Pels altres la patologia dentària fa la seva aparició a l'edat adulta. És aquí quan comença a manifestar-se el desastre odontològic; la majoria arriben tard al dentista doncs la motivació per anar-hi és el dolor, però a més quan hi arriben les solucions aplicades són extraccionistes i no les conservadores de primera elecció. P.ex. 0326♀ “Als 45 o 50 ja vaig començar a posar-m'hi...Me'ls havia de treure perquè se'm corcaven i es trencaven...Com que se'm varen corcar tots, lo que van fer és treure-m'ho tot...Van dir: neta! Netejar la boca, deien; pues netegem la boca...Porto tot postís des de fa molts anys”. Alguns arriben tan tard que la situació és catastròfica i la seva relació amb l'odontologia és tan breu com radical la solució aplicada al seu cas, com 0321♀ “Yo he ido al dentista namás que pa ponerme toda la boca, la dentadura” I si en algun cas el dentista ha procurat fer-los veure la conveniència de mantenir les peces curant-les, la pròpia història odontològica prèvia del pacient, feta d'intensos mals de queixals, els condiciona a sol·licitar el pitjor remei, l'amputació de la causa del mal, que els sembla la solució definitiva, així 0330♂ “Y el médico no me los quería sacar...porque me los veía blancos, me los veía bien, pero a mi me dolía...” “el médico no me los quería sacar...y yo le digo: sí, sí, sáquemelos todos...porque será la única manera...”. I quan no és per motius ideològics del pacient, és per motius econòmics. P.ex. 0336♀ que no va anar mai al dentista “No, no, no! Van anar caient a trossos. No tenia quartos, jo. Vaig començar amb l'ullal, i sí m'importava però no tenia quartos per anar al dentista...i se'm van anar caient...esclar que m'importava però no tenia diners”. El cas és que per a la majoria, l'evolució *natural* és anar passant d'un estat de dentició pròpia en condicions a un estat de progressiva desdentació, fins a arribar a no tenir peces. En aquest punt n'hi ha que es varen posar les pròtesis i en general s'hi han adaptat prou bé però d'altres no en porten, i s'hi han resignat, alguns per motius econòmics com 0074♂ “Ya llevo más de cuarenta años sin los dientes...Sí pensé en ponérmelos pero no tenía (dinero)” i altres per adaptació com 0320♀ que diu “em vaig posar baix pròtesi i dalt tenia tot postís. Ara, al trencar-se l'altre tros, me les vaig treure i ara vaig més bé així...fa un any que les vaig treure i ara ja vaig bé així”

Els seus historials odontològics i la seva percepció sobre la salut oral solen estar condicionats pel dolor. És això el que fa dir a 0329♀ “Si tienes la boca bien, pues

estás bien, pero si la tienes mal estás sufriendo". Així doncs, quan no han tingut dolor no han anat al dentista i quan hi han anat és perquè els feia massa mal o el mal no passava.

En cap moment hi hagut un pensament de prevenció o d'aplicar solucions curatives conservadores. Per a ells la malaltia és el dolor i el dolor és el mal que cal eradicar o sinó en molts casos patir-lo i anar aguantant com es pugui fins que passi.

En les reflexions de 0336♀, totalment desdentada, hi trobem un resum de desatenció odontològica, dolor, precarietat econòmica i finalment estat oral catastròfic *"S'hi té de posar remei...però a vegades no hi ha diners per anar al dentista i fot mal; hi poses conyac i queda una mica adormit...no ho curava però amb la força del conyac passa una mica el mal...Se'm van anar caient a trossos, un tros d'aquí, un tros d'allà, semblava la bruja Pirulí"*.

També 0321♀, que va per primer cop al dentista amb 63 anys, massa tard, i li treuen totes les peces, diu *"Pasando dolores porque me daba miedo ir al dentista...Yo en mi boca he tenido muchííísimo (dolor)"* o 0329♀ *"...te duele la boca, tienes que ir a sacártelos porque te duele, te los van sacando poco a poco....una vez tienes la boca que no puedes, pues te tienes que sacar tó y entonces ponerte las pruebas esas pa ponerte la dentadura"* o 0330♂ *"A mi me han dolido ya de muy jovencito, me han dolido las muelas...no quería tener dolor; cuando me dolían, el que me dolía, fuera, y así se me han ido marchando todos.....A los 40 ya llevaba prótesis completa"* o 0079♀ *"Sí, me han dolido; uyyyy, si me han dolido...me han dolido las muelas...Fijese si me han dolido que un hermano mío, en paz descanse, una mañana, a las cinco de la mañana se levantó de sentirme...y me puso una hila [sic] de lejía, lejía, me lo puso en el hueco de la muela ésta...y se quitó el dolor...¡Ohhh! ya no sabía lo que iba a hacer...y él se iba a trabajar y dice ¿Qué te pasa que estás tan...? Pues que me duele la muela de anoche...Luego me quedé dormida y jajaja...se me pasó el dolor y ya no fui (al dentista)"* Altres associen l'inici de la patologia dentària amb els embarassos, com 0332♀ *"al tener los hijos los embarazos me afectaron a la boca"* i també 0336♀ *"Jo quan vaig tenir el nen, quan vaig tenir el fill petit, el vaig tenir que tenia vora dels 41 anys. Quan em vaig quedar embarassada, ja em vaig trobar que algun no anava gaire bé...Se'm van començar a corcar, se'm feien forats....Cony si em feien mall!...A vegades no podia ni dormir i li deia al meu home jo: ¡Ayyyy!, Paco, yo no puedo dormir, ¡Esto es peor que parir! Li deia jo (fèiem servir el castellà), esto es peor que parir; i bueno, havia d'aguantar....I aleshores es trencaven i m'anaven caient a trossos"*.

Aquesta vinculació entre patologia dentària, dolor i embaràs, ve molt a tomb per parlar del dolor total d'aquests residents. Amb les entrevistes se'ns revela com el dolor més punyent no és un dolor físic concret, odontològic o altre, sinó potser algun altre tipus de sofriment però tanmateix al final tot s'ajunta i es converteix en patiment, (tal com explicaven F. Torralba i R.M. Boixareu). Així, la mateixa 0332♀ que ens explicava com els embarassos li havien perjudicat la boca, ens fa partícips del seu patiment, una suma de penes feta de pèrdua de marit “*Y tenía un marido moreno que lo quería más que a mis ojos,...era un morenazo...José, se llamaba José, José que lo tengo aquí, desde que se me fue que lo tengo aquí (en la medalla), no me lo quito más que para acostarme*” i sobre tot dels fills que l'ignoren “*Hay uno que no me...que ese le pido a Dios que lo que yo estoy pasando que lo pase él,...tengo otro que vive mucho más lejos y viene cada semana, cada semana viene,...pero los demás...los demás no saben que existo,...ya va a hacer un año que estoy aquí. Si es verdad que tienen conciencia de su madre, que sepan lo que ha sufrido su madre pa subirlos, que no pasen lo que yo estoy pasando.*” En aquest plany hi ha un dolor total potenciat per l'aïllament, per la pèrdua de rol d'esposa i mare, per la indefensió, per la desvinculació dels fills que no la seva en aquest cas, expressat a més per una persona analfabeta, amb pocs recursos intel·lectuals doncs per a mitigar-lo. Podem dir que aquesta persona és un exemple de vulnerabilitat en el qual es conjuguen diferents factors com ara l'edat avançada, la institucionalització i els limitats recursos culturals i intel·lectuals. Igualment 0336♀ que també associava embarassos i dolor dental, ens refereix el seu patiment de mare “*Jo tinc dos fills però tinc una desgràcia molt gran: amb les drogues es van perdre i he patit molt, de pagar-me, de maltractar-me, de prendre'm els quartos, de trencar-m'ho tot a casa*”

El dolor odontològic, quan està present, queda així immers, i potser amagat, en un dolor total un patiment que abraça també tota mena d'altres dolors físics o psíquics. P. ex. 0320♀ diu “*Sempre tenim algo...perquè diria mentida...si alguna vegada no em fa mal això em fa mal allò; però això els homes també ho tenen, i els vells encara ho tenim més*” “*els genolls em fan molt mal..*” o 0079♀ “*tengo una sonda puesta y me molesta mucho, pero bueno, eso no va con usted,...pero todo se junta...de doler me duelen todos los huesos...de la cintura pabajo no valgo pa ná, de la cintura parriba estamos regular*”.

No és estrany doncs que quan se'ls pregunta pel seu concepte de bona salut oral, et contestin majoritàriament i en primer lloc que una boca sana és una boca que no fa mal 0321♀ “*que está sana...que no tenga dolores*”, 0334♀ “*pues hombre, que no*

duela...” i seguidament et diuen que tingui totes les peces 0320♀ *“portar-ho tot”* 0332♀ *“Que no tuviera nada, que lo tuviera todo...No pido ná, ¿No?”* i com a mal menor que no li en faltin gaires i que no hi hagi peces cariades. Ells entenen doncs que una peça cariada és una peça que ni està ni tampoc pot arribar a estar sana i per tant és una peça que s’ha d’extreure i així, al seu parer, una boca passa progressivament d’estar sana a estar desdentada sense altres percepcions subjectives que la del dolor i la presència òbvia de grans càries; diu 0326♀ *“Quan comencen a picar-se i allò, ja no està sana la boca, ja surt algo, algo raro, hi ha alguna cosa rara”*. Per tant al final de les seves vides segueixen veient la patologia dentària com a quelcom que no té solució conservadora i així front una peça cariada i que fa mal segueixen pensant en l’extracció, com 0079♀ que no hi veu ara altre remei que allò que ha fet sempre, és a dir *“Claro, sacándomela o tomando algo pa que te quite el dolor”*.

Ara, un cop ja definit el que consideren com a bon estat de salut oral, una mena d’utopia dental en el seu entendre, quan se’ls pregunta quin estat consideren com a bo per a ells, aleshores ja no es refereixen a un concepte general de salut oral on atansar-s’hi en certa mesura sinó que simplement accepten aquell que tenen en aquests moments, sempre que no els faci gaire mal. Demostren així una adaptació al seu estat i també resignació. P.ex. 0344♀ *“Aceptable, pues...Yo que sé... ¡Que no me duela!...Yo como bien, pero como me faltan piezas, pues a veces me cuesta, yo no lo tengo que engañar a usted...Yo lo como todo”*, 0320♀ *“Ara ja vaig bé així”* o 0332♀ que diu que la seva boca *“Hombre está pocha”* però que n’està satisfeta *“Yo sí, yo como bien. El pan duro me lo como. Con la encía me lo masco y me lo trago. A mi ya me da lo mismo tener la boca que no tenerla, yo como igual”*. Tant és així que a vegades deslliguen el concepte de boca del que són les seves parts i aleshores diuen que el tot està bé mentre reconeixen que les parts són deficientes, com si la boca fos una idea platònica i en canvi les seves parts defectuoses una mena de contingència de segon ordre i sense gaire importància. Així, p. ex., n’hi ha algun com 330♂ que diu *“la boca bien, pero las encías, para comer según qué cosas, pues no me va tan bien”* i amb això vol dir que la seva dentadura postissa està sencera i que si no se la posa no li fa mal res a la boca, però el cas és que existeix una disfunció i unes molèsties que acaba acceptant. O 0321♀ que diu *“solamente que no mastico bien”* com dient que la boca està bé amb el *petit detall secundari* que no pot mastegar.... Aquesta resignació, expressada en la dissociació entre un tot ideal i una part disfuncional a la que es treu però importància, també l’apliquen al cos en general, així 0320♀ diu *“la cama la porto tota embolicada que em fa molt mal, però el cos no, el cos el tinc bé.”*

Sembla doncs que tinguin un concepte de la salut molt allunyat del de “millor benestar possible” i més aviat proper al raonament del mal menor; així, mentre no els faci massa mal i puguin anar menjant, ja es conformen.

I si preguntem la seva opinió sobre la relació entre salut oral i salut general, sobre la possible interdependència d’ambdues, les seves respostes estan basades en dos eixos molt simples i molt immediats: el seu cas personal i la possible mala digestió amb afectació de l’estómac per una masticació deficient. P.ex. 0320♀ *“No, perquè menjo bé”*, 0079♂ *“No sé si sentará mal al estómago, porque a mi el estómago no me duele...”*, 0330♂ *“Yo, enfermedades no he tenido, o sea que... al sacarme la dentadura, ésa es la enfermedad que tenía”*, 0332♀ *“Claro, claro, la boca tiene muchas enfermedades y si te comes una cosa y no está bien masticada no te sienta bien”*, 0334♀ *“yo creo que es malo tragar la comida sin masticar, me puede doler el estómago”*. Tot això es queda però molt curt i no són capaços d’imaginar com les infeccions o altres malalties orals poden comprometre la seva salut general ni, a la inversa, com algunes patologies que tenen poden revertir en la seva salut oral empitjorant-la. Només 0336♀ arriba a considerar les infeccions d’origen bucal en aquesta relació d’interdependència *“Claro que sí, perquè porta microbis”*.

Quant a la higiene oral la majoria reconeixen complir amb ella; alguns efectivament ho expliquen amb molt de detall, com ara 0326♀ *“Jo, cada vespre, me les trec, les raspallo, les poso en un potet, amb una pastilla d’aquelles efervescents que bull, les deixo tota la nit amb aigua, l’endemà al matí agafo la pasta de dents i el raspallet, les netejo bé i me les torno a posar”*. N’hi ha que refereixen fer-ho ells mateixos i altres diuen que són ajudats per personal del centre, com 0329♀ *“la que me lo pone, con el cepillo me lo cepilla”*. Per les seves respostes es comprova que la institucionalització és un factor que més aviat afavoreix la seva higiene oral, probablement a l’estar emmarcada dins les activitats prescrites als cuidadors. Tots tenen consciència de la importància de la higiene, com 0330♂ *“Yo creo que si tienes la boca limpia...si tienes la boca sucia no debe ser nada favorable”* o 0336♀ *“Una boca que portes menjar enganxat: Això és fastigós!”* i n’hi ha que expliquen que no en tenien cura fins que han estat institucionalitzats, com 0321♀ *“Desde que estoy aquí me la lavo”*. L’opinió del professional sanitari és que en qualsevol cas aquesta és millorable.

Quan se’ls pregunta sobre la importància de la boca, per a ells la resposta és clara però molt reduccionista: la seva funció és permetre mastegar i menjar, com per a 0320♀ *“Home és lo principal! Per a rosegar més coses”* o 0326♀ *“Serveix per menjar i*

per trobar els gustos del menjar, trobar els gustos de tot". Queda prou clar quina és la importància de la boca en la seva quotidianitat perquè més que parlar de la boca o del fet de mastegar, et parlen amb il·lusió i profusió dels menjars concrets que han fet últimament o que més els agrada, com 0320♀ *"M'agraden coses caldoses, escudella...Pa amb tomàquet també en menjo, poc a poc"* o 0329♀ *"Ayer, mire usted que le diga, estuve en la casa de mi hijo y ¿sabe mi nuera qué hizo? Cocido. ¿Sabe lo que es cocido? Y de verdad: tenía col, patata, arroz, y tenía, y le puso, un trocito de morcilla; yo me lo comí muy bien...y luego de postre me puso un yogur; y por la tarde me puso cinco galletas con el café descafeinado y me las comí"*. És molt rar trobar cap resposta on la boca tingui un paper relacionat amb altres funcions o activitats com ara parlar, fer vida social, somriure, fer petons, contribuir a un aspecte agradable, expressar emocions, etc... N'hi ha tres però que també comenten altres aspectes importants de la boca; així 0321♀ es refereix a l'estètica *"Para la vista de la boca, está más bonita"* o 0329♀ a la funció de la parla i relacional *"También pa hablar...sin dientes tienes la boca metida padentro y se nota"* o 0336♀ que reconeix que és important per mastegar bé i també *"Per parlar, no?"* i afegeix *"Home, una persona amb les dents mallades té mal aspecte...La dentadura també arregla molt la fesomia de la persona"*.

Si bé no es referien a l'aspecte estètic de manera espontània al ser inquirits sobre la importància de la boca, al preguntar al respecte de manera específica apareix de nou una dicotomia entre el que pensen en general i allò que apliquen al seu cas. Queda clar en les seves respostes que consideren important que les persones tinguin cura del seu aspecte i es cuidin, p.ex. per 0320♀ *"és important"* o per 0321♀ *"Claro que es importante. Sí. Claro que es importante. Yo creo que eso no hay ni que preguntarlo"*; respecte al seu cas però, així com n'hi ha alguns que consideren important tenir cura del propi aspecte 0326♀ *"Si tens una dentadura maca no sembla que sigui postís, fa més goig que no una dent per aquí una dent per allà...S'ha de cuidar de tot, un, de tot, ens hem de cuidar de tot quan som grans"*, molts altres consideren que l'aspecte estètic, la imatge, no té cap rellevància a la seva edat i manifesten la seva adaptació 0320♀ *"Home, si ets jove sí, arreglada...Ara ja no val la pena...Ara ja no valc res...Per l'edat que tinc no tinc manies...La meva edat ja és per anar a la caixa...la meva edat ja és per anar a la caixa"* o 0332♀ *"¿Pa que vas a lucir la boca? Cuando yo tenía 14 o 15 años era una chavala que apagaba el fuego con namás que la mirá, pero a la mía, a los 84 años, jajajaja...Yo, como decía aquél: yo contenta y que se ría la gente"* o 0334♀ *"Ah, ¡A mí eso no me importa!...No, yo ya tengo muchos años"*. Per alguns altres però no es tracta d'adaptació o acceptació sinó

d'una mena de resignació forçada per les circumstàncies -habitualment econòmiques- així 0332♀ *“Merece la pena de intentar...¿No?...de arreglárselo, pero no sé con qué arreglármelo... ¿Con qué me lo arreglo si no tengo donde caerme muerta?...El dinero es el problema, claro”*. Així, i a diferència del que semblava segons l'enquesta qualitativa, amb les entrevistes comprovem com sí aflora un compromís per a la conversació i relacions socials i com s'afecta el comportament i l'expressivitat degut al mal estat bucal. Per a alguns aquesta resignació forçada comporta doncs actituds d'evitació o d'inexpressió a causa del sentiment de vergonya pel seu aspecte, com 0079♀ *“Pero yo cierro la boca, ¡eh! Para que no me vean mellada. No me gusta. No. Porque mi presencia no me vale, mi cara, no me puedo reír, me pongo así (posa la ma davant la boca) pa que no me vean reírme...no te ríes a gusto... Pero me tengo que aguantar...porque no tengo dinero pa ponerme ahí lo que sea...”* o 0329♀ *“Hay veces que da vergüenza, como tienes la boca metida padentro, y no puedes hablar, pues es peor”*.

Així, les entrevistes ens permeten entendre la realitat amb més profunditat que no pas ho fèiem amb l'enquesta i veiem doncs que bona part del “silenci simptomàtic” no era sinònim del millor benestar possible, ni molt menys, sinó que aquest amagava en uns casos adaptació i en d'altres molta resignació. Aquesta resignació ja hem vist que sovint respon a l'edat però també hi trobem altres factors que podem associar en part amb la institucionalització, com ara la pèrdua de capacitat per a decidir i per a actuar, acostumats com estan a delegar aquestes funcions; així, front el reconeixement de tenir un problema de salut oral són habituals les reflexions de tipus derrotista i inoperant, com ara 0321♀ *“Hombre, pues... ¿Qué vamos a hacer?”* o 0334♀ *“Mire, éste mismo se ha caído el empaste, éste se ha caído el empaste, se ha caído el empaste, y yo ¿Qué hago? ¿Qué voy a hacer? ¿Me voy a poner un empaste, un empaste? No sé...”* o 0330♂ que ha desistit de buscar solucions als seus problemes amb les pròtesis perquè *“No...creo que no tienen solución ninguna... ¿Qué me va a hacer si llagas no tengo? Yo no lo sé”* i també algun resident atribueix la resignació de manera molt específica a la manca de rols i de socialització que comporta la institucionalització, així 0094♂ justifica el mal aspecte de la seva boca dient *“Bueno...se pierde mucho la libertad y no hay un estímulo de hacer cosas...está todo hecho aquí”* però igualment apareix una resignació que podem relacionar amb la *sickness*, amb la construcció social de la malaltia, i en aquest cas d'institucionalització veiem que el que es produeix és més aviat una absència de percepció social de malaltia, i això comporta la resignació dels individus malgrat l'evident disfunció, com p.ex., podem observar-ho en el fet que per molt que alguns no puguin mastegar bé,

això queda obviat pel menjar triturat; així, aquest menjar triturat que és una solució necessària per aquells residents ja decrepits impossibilitats per a qualsevol tipus d'altra alimentació, passa a ser també administrat a altres residents que tenen dificultats masticatòries però que es podrien solucionar amb algun tractament odontològic o protètic. Potser sí doncs que estan ben alimentats però la millor qualitat de vida també és poder gaudir menjant una torrada. La disfunció queda així difuminada i es produeix una construcció social de *falsa* salut oral; així pot dir 0074♂ “Y aquí pues voy bien, voy bien así. Ahora ya tengo la encía hecha a eso” o 0329♀ “Desde que estoy aquí me lo como to...antes no podía comer.” Podem considerar que passa el mateix, una construcció social de no malaltia, de *falsa* salut doncs, en relació amb la manca de dents i l'aspecte estètic de les persones; així, allò que representaria una malaltia amb consideració social, una *sickness* amb majúscules, d'aplicació a qualsevol persona o col·lectiu amb una vida normal de relacions socials (algú imagina com a normal que, no ja bona part, sinó només algun dels venedors d'uns grans magatzems fos desdentat?) passa a ser acceptable i normalitzat en aquest entorn d'institució tancada per a gent gran. Veiem doncs que malgrat no hi hagi una preocupació o dimensió social de la malaltia oral (*sickness*) perquè l'àmbit tancat del sistema institucional ignora, menysté o sorteja aquesta patologia (*disease*), sí que existeix en canvi un fort sentiment personal de malestar, una aflicció (*illness*), que queda sense resposta i sense resoldre, ho expressa així 0321♀ en unes frases on es fan presents el món exterior, el món intramurs i l'aflicció personal “A mí, las vecinas no me gusta, no me gusta que me vean así, se me ha puesto esto que parezco un perro pacho [sic]...Pero no sale una de aquí ni na...además pero es que... ¡Yo misma! Cuando me estoy peinando en el lavabo, digo: Madre mía, no parezco ni, ni,... ¡Ajijj! “.

8. Conclusions i hipòtesis de continuïtat

8.1. Conclusions

Tot això ens porta a fer algunes reflexions. La situació és la següent: Un metge estomatòleg ha entrat en unes residències de la 3^a edat, ha examinat els residents i n'ha diagnosticat l'estat de salut oral i observat les necessitats de tractament en funció dels criteris ortodoxos que li han ensenyat a la facultat i durant la seva posterior formació. És així com diagnostica molta patologia i recomanaria molt tractament. Però està en lo cert?

Per a sorpresa seva, la valoració del professional sanitari sovint no es correspon gaire amb la pròpia percepció dels interessats (quan aquests encara són capaços d'expressar-la) ni tampoc amb la del seu entorn, cuidadors o familiars (això últim segons ha anat veient i parlant). Hi ha doncs un notable decalatge entre la malaltia oral definida pel professional i la malaltia oral percebuda en aquest àmbit. El professional de l'odontologia pensava que el millor estat de salut oral és una dentició el més completa, sana i funcional possible i alguns dels interessats li diuen en canvi que el millor de tot és que no els fa mal res, que estan encantats podent menjar els àpats tal com els hi serveixen i que no tenen la menor intenció de fer cap tractament restaurador ni falta que els hi fa. Òbviament aquest no és sempre el cas i així p.ex. també n'hi ha uns pocs que estan obertament afligits i d'altres, més nombrosos - aparentment conformes d'entrada respecte del seu estat bucal- que posats en confiança i en veure una porta oberta, deixen surar la seva aflicció reprimida. És aquí doncs on recuperem la idea de l'heterogeneïtat de la població anciana que mencionava T. San Roman: els diferents antecedents culturals o particular idiosincràsia dels residents es tradueixen en els diferents comportaments d'uns o altres ancians front la patologia oral. Així, n'hi ha que s'hi adapten més o menys i l'accepten, bonament o com una mena de factor inherent a l'edat, mentre que d'altres - els que menys- expressen la seva aflicció i encara d'altres -més nombrosos- amaguen aquesta sota la resignació; resignació deguda bé a factors culturals propis i/o de l'àmbit residencial i/o a motius econòmics.

Queda prou clar però que globalment hi ha una notable discrepància entre la valoració del professional sanitari i la del resident quant a la salut/malaltia oral i necessitats de tractament. Així, molta patologia, que no tota, pot deixar de ser

percebuda com a tal en l'àmbit d'una institució amb residents d'edat avançada. Les expectatives de vida, l'estat general de salut, l'afectació cognitiva, les característiques psicològiques de la persona anciana amb les seves preocupacions i desitjos, el *modus vivendi* dins d'una residència, tot plegat això conforma, junt amb altres elements, un context que defineix la malaltia o l'estat de salut oral de manera *sui generis* i segurament molt més laxa que el que posa en els llibres de text d'odontologia. Així, segons quins tractaments restauradors aparentment convenients passen uns a ser qüestionables i altres a no tenir sentit en aquest àmbit perquè no canvien res a la seva qualitat de vida ni són apreciats pels residents; és a dir que alguna proposta benintencionada de tractament podria acabar resultant una molèstia inútil per a un pacient d'edat molt avançada i de salut fràgil en el millor dels casos o amb pluripatologia i una important afectació psíquica i/o física en els més freqüents; s'imposa aleshores valorar el risc/benefici de les teràpies en funció del context.

En aquesta situació de valoracions i decisions conflictives, un possible camí és el que ens marquen Csordas i Kleinman: "*To go beyond the issue of diagnosis in the strict sense to the cultural definition of illness, disease, and distress, it must be recognized that what counts as therapy depends first upon what is defined as a problem*"⁶⁵. En aquesta línia, tal i com diu A. Martínez Hernáez, la definició biomèdica del que és patològic no deixa de ser quelcom arbitrari i "front determinada noció de normalitat i anormalitat hi ha lloc a preguntar-se aleshores **¿normalitat per a què?** i **¿normalitat per a qui?** (Mishler, 1981:4)⁶⁶. Ell mateix hi contesta tot dient que "la regla d'or a partir de la qual es discrimina lo patològic es descobreix, així, com una mesura on **normativitat moral i normativitat biològica s'ofereixen mutu sentit**". En el cas que ens ocupa de la salut oral, és prou habitual que els residents puguin perfectament estar malalts tot trobant-se bé... és a dir tenir alguna patologia però no estar gens afligits, o viceversa... El que s'obra doncs aquí és sobre tot un debat **ètic**.

Caldrà completar doncs aquesta recerca amb les reflexions que ens aportí l'**Ètica mèdica**, un tema aquest que deixem com a hipòtesi de continuïtat.

⁶⁵ Thomas J. Csordas and Arthur Kleinman. *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Section 1. Theoretical perspectives. Chapter one: The therapeutic process; p. 12. Edited by Thomas M. Johnson and Carolyn F. Sargent. Praeger Publishers, New York, 1990.

⁶⁶ Ángel Martínez Hernáez. Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico. La enfermedad vista por los antropólogos; p. 35. A *INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Mari Luz Esteban (ed.) – Edita: Osalde OP. Bilbao 2007.

Les **principals conclusions** són però les següents:

- En les respostes a una enquesta sobre qualitat de vida i salut oral, els residents de la tercera edat mostren poca afectació amb una baixa percepció de malaltia, no expressen gaire aflicció en relació amb la seva salut oral.
- Aquest baix nivell de percepció i aflicció no es correspon amb la valoració de la salut oral feta pel metge estomatòleg, que diagnostica més patologia.
- Amb les entrevistes es veu que el silenci simptomàtic de les enquestes no sempre és sinònim de satisfacció sinó d'adaptació o de resignació, sota la qual s'amaga l'aflicció.
- Les entrevistes mostren com els residents de la 3^a edat construeixen la seva salut/malaltia oral des de la seva percepció, en funció de la seva biografia, historial de dolor i del medi institucional.
- Es comprova la poca rellevància de la dimensió social de la malaltia oral en l'àmbit residencial, com es conjuguen els diferents factors -dels pacients i de l'àmbit- per a construir una falsa aparença de salut oral.

8.2. Hipòtesis de continuïtat

Apuntem algunes línies de treball per donar continuïtat i completar la recerca:

- Convindria saber quina és la percepció i idees respecte la salut oral dels residents, tant de la direcció del centre, com dels cuidadors, com dels seus familiars.
- Interessa conèixer els significats que donen a la seva salut oral altra gent d'una edat i antecedents culturals similars però en aquest cas no institucionalitzats i autònoms.
- Cercar com fer congeniar els mandats de l'Ètica mèdica que condicionen la intervenció del professional sanitari del sistema públic amb les percepcions i expectatives dels residents respecte la seva salut oral. És a dir, esbrinar quina és la posició ètica correcta quan la interpretació biomèdica i antropològica de la salut/malaltia puguin no ser coincidents.
- A partir dels coneixements adquirits, estudiar com implementar un pla de millora de la salut oral dels residents que tingués en compte totes les dimensions de la malaltia.

9. Referències

Nota explicativa:

El sistema de citació bibliogràfica utilitzat és el descrit a l'enllaç següent:

http://www.uoc.edu/serveilinguistic/criteris/convencions/referencies_bib.html

9.1. Bibliografia

- [1] Benoist, Jean (2002). *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie. Tome I.* (Consultat en data: 16-06-2013). http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/petite_biblio_anthropo_med_t1/petite_biblio_anthropo_med_t1.pdf
- [2] Benoist, Jean (2002). *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie. Tome I.* (Consultat en data: 16-06-2013). http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/petite_biblio_anthropo_med_t1/petite_biblio_anthropo_med_t1.pdf
- [3] Boixareu, Rosa Maria (coord.) (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud.* Barcelona: Herder.
- [4] Brown, Peter J. and Barrett, Ron (1998). *Understanding and Applying Medical Anthropology.* Second Edition (2010). New York: Mac Graw-Hill.
- [5] Comas d'Argemir, Dolors; Pujadas, Joan J.; Roca i Girona, Jordi. "L'etnografia com a pràctica de camp: mètodes i tècniques" i "L'etnografia com a procés de recerca". A Pujadas, Joan J. (coord.) *Etnografia.* Barcelona: UOC; (2004)
- [6] Comelles, Josep M. i Martínez Hernández, Ángel.(1993) *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina.* Madrid: Eudema Antropología. Horizontes.
- [7] De Miguel, Jesús. M. "Introducción al campo de la antropología médica". A *La antropología médica en España* de Kenny, Michael i De Miguel, Jesús M. Editorial Anagrama, Barcelona 1980. (Consultat en data 20-01-2013) <http://es.scribd.com/doc/84601650/De-Miguel-Antropologia-Medica>
- [8] Good, Byron J. (1994). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003 (ed. Original: Cambridge University Press, 1994).
- [9] Johnson, Thomas M. and Sargent, Carolyn F. (ed.) (1990). *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method.* New York: Praeger Publishers.
- [10] King, Gary and Keohane, Robert O. and Verba, Sidney (1994). *Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

- [11] Martínez Hernández, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí, Barcelona: Anthropos Editorial.
- [12] Ángel Martínez Hernández. "Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico. La enfermedad vista por los antropólogos"; a *INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Mari Luz Esteban (ed.) – Edita: Osalde OP. Bilbao 2007.
- [13] Lupton, Deborah (1994). *Medicine as Culture*. Second Edition (2003). (First edition 1994) London: Sage Publications Ltd.
- [14] McElroy, Ann (1996). "Medical anthropology". A Aus: D. Levinson, M. Ember (Hrsg.) *Encyclopedia of Cultural Anthropology*. Henry Holt, New York 1996. (Consultat en data: 16-06-2013)
<http://www.univie.ac.at/ethnomedicine/PDF/Medical%20Anthropologie.pdf>
- [15] Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.) (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- [16] Quivy, R. et L. Van Campenhoudt (1988). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod, 1988.
- [17] Roca i Girona, Jordi. "L'etnografia com a pràctica de camp. 2. Les entrevistes"; a Pujadas, Joan J. (coord.) *Etnografia*. Barcelona: UOC; (2004).
- [18] San Román, Teresa. *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Ed: Fundació Caixa de Pensions, Barcelona, 2ª Edició 1990 (primera ed. 1988)
- [19] Slade, Gary D. (ed.) (1997). *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology.
- [20] Sobo, Elisa J. and Loustaunau, Martha (1997). *The Cultural Context of Health, Illness and Medicine*. Second Edition (2010). Santa Barbara, California: ABC-CLIO, LLC.
- [21] Uribe Oyarbide, José María. (2007). "Antropología Social y Atención Primaria de Salud: Un encuentro ineludible". A Mari Luz Esteban (ed.) *INTRODUCCIÓN A LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD*. Aplicaciones teóricas y prácticas. Bilbao: Osalde OP

9.2. Recursos electrònics

- [22] Conseil de l'Europe. Politique de la santé. Le droit à la protection de la santé.
[http://www.coe.int/t/dg3/health/default_FR.asp?](http://www.coe.int/t/dg3/health/default_FR.asp) (Consultat 15-06-2013)
- [23] Díaz Cárdenas, Shirley; Arrieta Vergara, Katherine; Ramos Martínez, Ketty (2012). "Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores". *Rev Clin Med Fam* vol.5 no.1 Albacete feb. 2012. (Consultat: 16-06-2013)
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000100003&script=sci_arttext

- [24] Esquivel Hernández, Rosa Isabel y Jiménez Férez, Juana (2010). "Necesidades de atención odontológica en adultos mayores mediante la aplicación del GOHAI". Revista ADM Mayo-Junio 2010 Vol. LXVII. Número 3. pp. 127-32. (Data consulta: 20-11-2012).
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od103f.pdf>
- [25] Europa. Union Européenne. Charte des droits fondamentaux.
http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_discrimination/l33501_fr.htm
- [26] Europa. Union Européenne. Synthèses de la législation de l'UE. Santé Publique.
http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/index_fr.htm
- [27] Generalitat de Catalunya. Legislació sobre ordenació sanitària de Catalunya.
http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/ql23_LOSC.pdf
- [28] Generalitat de Catalunya. Llei 21/2010, del 7 de juliol, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut.
<http://www.elnotario.com/egest/e-gest/fichero/LAU-N33-51-CAT-Ley-21-2010.pdf>
- [29] Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan de Innovación de atención primaria y salud comunitaria. Elementos estratégicos y operativos.
http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/piapisc/plan_innovacion_atencion_primaria.pdf
- [30] Generalitat de Catalunya. Catàleg de Serveis. Salut.
<http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/serveis.jsp?tema=1200016>
- [31] Generalitat de Catalunya. Catàleg de Serveis. Assistència Sanitària.
<http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/serveis.jsp?tema=1200155>
- [32] Generalitat de Catalunya. Catàleg de Serveis. Equips d'atenció primària de salut.
http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/servei_fitxa.jsp?codi=8771
- [33] Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Drets i deures.
<http://www.gencat.cat/ics/usuarios/drets9.htm>
- [34] Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Què és l'ICS?
<http://www.gencat.cat/ics/infocorp/quees.htm>
- [35] Gift HC, Redford M (1992). "Oral health and the quality of life". Clin Geriatr Med. 1992 Aug; 8(3):673-83. (data de consulta 16-06-2013)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1504951>
- [36] Helöe B. Helöe LA, The occurrence of TMJ -disorders in an elderly population as evaluated by recording of "subjective" and "objective" symptoms. acta odontol scand. 1978; 36(1):3-9 (data de consulta 01-05-2013)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/305715>
- [37] Institut Català d'Antropologia <http://www.antropologia.cat/>

- [38] Jain M, Kaira Ls, Sikka G, Singh S, Gupta A, Sharma R, Sawla L, Mathur A (2012). "How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two state samples of Gujarat and Rajasthan". *J Dent* (Tehran). 2012 Spring;9(2):135-44. Published online 2012 June 30. (Data de consulta 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3466767/>
- [39] Kotzer RD, Lawrence HP, Clovis JP, Matthews DC (2012). "Oral health-related quality of life in an aging Canadian population". *Health Qual Life Outcomes*. 2012 May 15; 10:50. doi: 10.1186/1477-7525-10-50 (data de consulta 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480903/>
- [40] La pàgina de REDAM, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. <http://redamantropologiamedica.blogspot.com.es/>
- [41] La colección de antropología médica de publicaciones URV. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. <http://librosantropologiamedica.blogspot.com.es/>
- [42] LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD (<<BOE>>, mim. 102, de 29 de abril de 1986). Consultat: 16-06-2013) http://www.unileon.es/ficheros/servicios/prevencion/ley14_1986.pdf
- [43] Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B (2001). "Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly". *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001 Oct; 29(5):373-81. (Data de consulta: 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11553110>
- [44] Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A (2002). "Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people". *Community Dent Health*. 2002 Jun; 19(2):90-7 (data de consulta: 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146588>
- [45] Locker D, Gibson B (2005). "Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations". *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Aug; 33(4):280-8. (data de consulta: 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16008635>
- [46] MacEntee MI (1996). "Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views". *Gerodontology*, 1996 Dec; 13(2):76-81. (Data de consulta: 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9452629>
- [47] MacEntee MI, Hole R, Stolar E (1997). "The significance of the mouth in old age". *Soc Sci med*. 1997 Nov; 45(9):1449-58 (Data de consulta: 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9351161>
- [48] Matear DW (1999). "Demonstrating the need for oral health education in geriatric institutions". *Probe*. 1999 Mar-Apr; 33(2):66-71 (Data de consulta: 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10752470>
- [49] Mc Elroy, Ann (1990). "Biocultural Models in Studies of Human Health and Adaptation". *Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol.4, No.3, Steps towards an Integrative Medical Anthropology* (Sep., 1990), 243-265. (consultat en data: 16-06-2013) <http://anthropology.ua.edu/bindon/ant475/Readings/r6.pdf>

- [50] Medical Anthropology Web. <http://www.medanth.org/>
- [51] Morales-Suárez-Varela, María; Ibáñez-Cabanell, Pilar; Gimeno-Clemente, Natalia; Roig-García, José Manuel; Nieto-García, María Adoración; Llopis-González, Agustín (2011). "Oral and dental health of non-institutionalized elderly people in Spain". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 52, Issue 2, March–April 2011, Pages 159-163. (Data de consulta: 16-06-2013). <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494310000828>
- [52] Murariu Alice, Hanganu Carmen, Bobu Livia (2010). "Evaluation of the Reliability of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in Institutionalized Elderly In Romania: A Pilot Study". *OHDMBSC - Vol. IX - No. 1 - March, 2010*. (Data de consulta: 16-06-2013) <http://www.oralhealth.ro/volumes/2010/volume-1/V1-10-3.pdf>
- [53] OMS. Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- [54] OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- [55] OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010. http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf
- [56] Parlement Européen. Fiches techniques: Santé Publique. http://www.europarl.europa.eu/factsheets/4_10_3_fr.htm
- [57] Petersen PE, Yamamoto T (2005). "Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme". *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Apr; 33(2):81-92. (Data de consulta: 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15725170>
- [58] Pinzón, Sandra Arlette; Zunzunegui, María Victoria (1999). "Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral". *Rev Mult Gerontol* 1999;9:216-224. (Consultat: 16-06-2013) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2012000100003&script=sci_artext
- [59] Pinzón-Pulido, S A y Gil-Montoya J A (1999). "Validación del Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada". *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999;34:273-82. - vol.34 núm. 5. (Data de consulta: 16-06-2013) <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-geriatria-gerontologia-124/validacion-indice-valoracion-salud-oral-geriatria-una-13006100-originales-1999>
- [60] Reed R, Broder HL, Jenkins G, Spivack E, Janal MN (2006). "Oral health promotion among older persons and their care providers in a nursing home facility". *Gerodontology*. 2006 Jun;23(2):73-8. (Data de consulta: 16-06-2013) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16677179>
- [61] Sampogna F, Johansson V, Axtelius B, Abeni D, Söderfeldt B (2008). "A multilevel analysis of factors affecting the difference in dental patient's and caregiver's evaluation of oral quality of life". *Eur J Oral Sci* 2008 Dec;

- 116(6):531-7. (Data de consulta: 16-06-2013)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19049523>
- [62] Servei català de la salut. El model sanitari català. Historia del model.
http://www10.gencat.net/catsalut/cat/coneix_models_his.htm
- [63] El sistema sanitari públic de Catalunya i el Servei Català de la Salut.
http://cbab.bcn.cat/uhtbin/cgiirsi/x/0/0/57/520/3508?user_id=CATALA
- [64] Society for Medical Anthropology. A section of the American Anthropological Association. <http://www.medanthro.net/>
- [65] Thorne, Sally E, Kazanjian Arminee, MacEntee Michael I (2001). "Oral health in long-term care: The implications of organizational culture". Journal of Aging Studies, Volume 15, Issue 3, September 2001, Pages 271-283. (Data de consulta 16-06-2013)
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406501000238>
- [66] Union Européenne. Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne. (2010/C 82/02). Journal officiel de l'Union européenne, 30.3.2010.<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:FR:PDF> (Consultat 16-06-2013)
- [67] Young, Allan (1982). "THE ANTHROPOLOGIES OF ILLNESS AND SICKNESS". Ann. Rev. Anthropol. 1982. Vol.11:257-285.
http://www.fcm.unicamp.br/interfaces/images/TEXTOS_CALENDARIO/THEANTHROPOLOGIESOFILLNESSANDSICKNESS.pdf (consultat 16-06-2013)

10. Annexos

10.1. Qüestionari de l'Enquesta de Salut Oral i Qualitat de Vida

A) QÜESTIONARI DENTAL HIS (MODIFICAT)

Nº Id.				
--------	--	--	--	--

1. DURANT ELS ÚLTIMS TRES MESOS, QUANT DE DOLOR LI HAN CAUSAT LES SEVES GENIVES O DENTS?

(Marqui la resposta amb un cercle)

Molt dolor 1
Algun dolor moderat 2
Poc dolor..... 3
Cap dolor..... 4

2. DURANT ELS ÚLTIMS TRES MESOS, FINS A QUIN PUNT HA ESTAT PREOCUPAT PER LES SEVES GENIVES O DENTS?

(Marqui la resposta amb un cercle)

Força..... 1
Moderadament 2
Poc 3
Gens ni mica..... 4

3. DURANT ELS ÚLTIMS TRES MESOS, AMB QUINA FREQÜÈNCIA HA TINGUT PROBLEMES AMB L'ASPECTE DE LES SEVES GENIVES O DENTS FINS AL PUNT D'EVITAR LA CONVERSACIÓ AMB LA GENT?

(Marqui la resposta amb un cercle)

La major part del temps 1
En alguna estona..... 2
Poques vegades..... 3
En cap moment 4

4. DURANT ELS ÚLTIMS TRES MESOS, AMB QUINA FREQÜÈNCIA HA TINGUT PROBLEMES PER MENJAR (MASTEGAR O EMPASSAR) QUALSEVOL ALIMENT?

(Marqui la resposta amb un cercle)

La major part del temps 1
En alguna estona..... 2
Poques vegades..... 3
En cap moment 4

B) ES RASPALLA LES DENTS CADA DIA?

(Marqui la resposta amb un cercle)

SÍ NO QUANTES VEGADES?

C) QUAN TEMPS FA QUE VA SER VISITAT PER UN DENTISTA PER ÚLTIM COP?

10.2. Guia d'entrevista amb els indicadors

Indicadors de l'entrevista:

1. Factor social: Nivell cultural i econòmic.
2. Historial somer de la seva salut oral, des de la infància.
3. Canvis en la seva salut oral en els últims anys
4. Què entenen en general que és un bon estat de salut oral.
5. Quin estat de salut oral donen per bo en el seu cas.
6. Opinió sobre la relació entre salut oral i estat general de salut
7. Higiene oral personal
8. Importància de la boca, en general.
9. Significat de la boca en la seva quotidianitat.
10. Percepció i actuació davant algun dolor o molèstia dental o bucal.
11. Control i capacitat de decisió, o delegació.
12. Resignació, adaptació, percepció de la patologia bucal com a factor de l'edat.
13. Importància de l'estètica, de la cura de l'aspecte.

10.3. Formulario d'avaluació de salut bucodental de l'OMS

FORMULARIO OMS DE EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL (1997)

País:

Déjese en blanco (1) <input type="text"/>	Año (5) <input type="text"/>	Mes (6) <input type="text"/>	Día (9) <input type="text"/>	Número de identificación (11) <input type="text"/>	Examinador (15) <input type="text"/>	Original/Copia (16) <input type="text"/>
--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---	---	---

INFORMACIÓN GENERAL	OTROS DATOS (especificuense e indiquense las claves)
Nombre: (29)
Fecha de nacimiento (17) Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/>	Profesión:
Edad en años (21) <input type="text"/>	Emplazamiento geográfico (26) <input type="text"/>
Sexo (M = 1, F = 2) <input type="text"/>	Tipo de emplazamiento:
Grupo étnico <input type="text"/>	1 = Urbano
	2 = Periurbano
	3 = Rural
	CONTRAINDICACIÓN PARA EL EXAMEN (27) <input type="text"/>
	Motivo:
	0 = No
	1 = Sí

EVALUACIÓN CLÍNICA	EVALUACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR
EXAMEN EXTRAORAL	SINTOMAS
0 = Aspecto extraoral normal	0 = No
1 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (cabeza, cuello, extremidades)	1 = Sí
2 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (nariz, mejillas, barbilla)	9 = No registrado
3 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (comisuras)	<input type="text"/> (33)
4 = Úlceras, llagas, inflamaciones, erosiones, fisuras (borde bermellón)	<input type="text"/> (32)
5 = Cáncer oral	
6 = Anomalías de los labios superior o inferior	
7 = Ganglios linfáticos abultados (cabeza, cuello)	
8 = Otras hinchazones de la cara y la mandíbula	
9 = No registrado	
	SIGNOS
	0 = No
	1 = Sí
	9 = No registrado
	Chasquido <input type="text"/> (34)
	Dolor por palpación <input type="text"/> (35)
	Movilidad reducida de la mandíbula (<30 mm de abertura) <input type="text"/> (36)

MUCOSA ORAL

TRASTORNO

- 0 = Ningún estado anormal
- 1 = Tumor maligno (cáncer oral)
- 2 = Leucoplasia
- 3 = Liquefación
- 4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática)
- 5 = Gingivitis necrotizante aguda
- 6 = Candidiasis
- 7 = Absceso
- 8 = Otro trastorno (especificarse si es posible).....
- 9 = No registrado

(37) (40)

(38) (41)

(39) (42)

LOCALIZACIÓN

- 0 = Borde bermellón
- 1 = Comisuras
- 2 = Labios
- 3 = Surcos
- 4 = Mucosa bucal
- 5 = Suelo de la boca
- 6 = Lengua
- 7 = Paladar duro y/o blando
- 8 = Bordas alveolares/encías
- 9 = No registrado

(53)

OPACIDADES/HIPOPLASIA DEL ESMALTE

Dientes permanentes

- 0 = Normal
- 1 = Opacidad delimitada
- 2 = Opacidad difusa
- 3 = Hipoplasia
- 4 = Otros defectos
- 5 = Opacidad delimitada y difusa
- 6 = Opacidad delimitada e hipoplasia
- 7 = Opacidad difusa e hipoplasia
- 8 = Las tres alteraciones
- 9 = No registrado

14	13	12	11	21	22	23	24
(43)							(50)
(51)							(52)
							36
							46

FLUOROSIS DENTAL

- 0 = Normal
- 1 = Discutible
- 2 = Muy ligera
- 3 = Ligera
- 4 = Moderada
- 5 = Intensa
- 8 = Excluida
- 9 = No registrada

ÍNDICE PERIODONTICO COMUNITARIO (IPC)

- 0 = Sano
- 1 = Hemorragia
- 2 = Cálculo
- 3* = Bolsa de 4-5 mm (banda negra de la sonda parcialmente visible)
- 4* = Bolsa de 6 mm o más (banda negra de la sonda invisible)
- X = Sextante excluido
- 9 = No registrado

17/16 11 26/27

(54) (56)

(57) (59)

47/46 31 36/37

PÉRDIDA DE FIJACIÓN*

- 0 = 0-3 mm
- 1 = 4-5 mm (unión cemento-esmalte (UCE) dentro de la banda negra)
- 2 = 6-8 mm (UCE entre el límite superior de la banda negra y el anillo de 8,5 mm)
- 3 = 9-11 mm (UCE entre anillos de 8,5 mm y de 11,5 mm)
- 4 = 12 mm o más (UCE más allá del anillo de 11,5 mm)
- X = Sextante excluido
- 9 = No registrado

17/16 11 26/27

(60) (62)

(63) (65)

47/46 31 36/37

* No registrado en menores de 15 años de edad.

* No registrado en menores de 15 años de edad.

ESTADO DE LA DENTICIÓN Y TRATAMIENTO NECESARIO

Número de identificación

--	--	--	--

	Dientes primarios Corona										Dientes permanentes Corona/raiz										SITUACIÓN	TRATAMIENTO						
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	0	1	2	3			4	5	6	7	8	9
Corona (66)																	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Satisfactoria	0 = Ninguno
Raiz (82)																	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cariado	P = Preventivo, cuidados de detención de la caries	
Tratamiento (98)																	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	F = Obturación de fisura	F = Obturación superficial
																	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Perdido, como resultado de caries	2 = Dos o más obturaciones superficiales
																	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	Perdido, por cualquier otro motivo	3 = Corona por cualquier motivo
																	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	Fisura obturada	4 = Revestimiento o lámina
Corona (114)																	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	Soprote de puente, corona especial o funda/implante	5 = Cuidado de la pulpa y restauración
Raiz (130)																	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	Diente sin brotar (corona) o raíz cubierta	6 = Extracción
Tratamiento (146)																	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	Traumatismo (fractura)	7 = Necesidad de otra asistencia (especificarse).....
																	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	No registrado	8 = Necesidad de otra asistencia (especificarse).....
																	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95		9 = No registrado

SITUACIÓN DE PRÓTESIS	Superior Interior (162)	Superior Inferior (165)
0 = Ninguna prótesis		
1 = Puente		
2 = Más de un puente		
3 = Dentadura postiza parcial		
4 = Dos puentes y dentadura postiza parcial		
5 = Dentadura completa removible		
9 = No registrado		

NECESIDAD DE PRÓTESIS

- 0 = Ninguna prótesis necesaria
- 1 = Necesidad de prótesis unitaria
- 2 = Necesidad de prótesis multunitaria
- 3 = Necesidad de una combinación de prótesis unitaria y multunitaria
- 4 = Necesidad de una prótesis completa (sustitución de todos los dientes)
- 9 = No registrado

<p>ANOMALÍAS DENTOFACIALES</p> <p>DENTIFICIÓN (166) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (167) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dientes incisivos, caninos y premolares perdidos (maxilares superiores e inferior): indíquese el número de dientes</p> <p>ESPACIAMIENTO <input type="checkbox"/> (168) <input type="checkbox"/> (169) <input type="checkbox"/> (170) <input type="checkbox"/> (171) <input type="checkbox"/> (172) Apilamiento en los segmentos de los incisivos: Separación en los segmentos de los incisivos: Máxima irregularidad anterior del maxilar en mm Máxima irregularidad anterior de la mandíbula en mm</p> <p>0 = Sin apiñamiento 1 = Un segmento apiñado 2 = Dos segmentos apiñados</p> <p>OCCLUSIÓN <input type="checkbox"/> (173) <input type="checkbox"/> (174) <input type="checkbox"/> (175) <input type="checkbox"/> (176) Superposición anterior del maxilar superior en mm Superposición anterior de la mandíbula en mm Morrida abierta anterior vertical en mm Relación molar anteroposterior</p> <p>0 = Normal 1 = Semicúspide 2 = Cúspide completa</p>		<p>NECESIDAD INMEDIATA DE ASISTENCIA Y CONSULTA</p> <p>Trastorno que amenaza la vida <input type="checkbox"/> (177) <input type="checkbox"/> (180) Dolor o infección <input type="checkbox"/> (178) <input type="checkbox"/> Otro trastorno (especifíquese) <input type="checkbox"/> (179) <input type="checkbox"/></p> <p>Consulta 0 = No 1 = Sí 9 = No registrado</p>
<p>NOTAS</p>		