

Clínica Estomatológica "Tamara Bunke"

ARTÍCULOS ORIGINALES

Modificaciones del conocimiento sobre salud bucal en adultos mayores institucionalizados en el municipio de San Luis

Dra. Blanca Lázaro Soto,¹ Dr. Luis Frómeta Díaz,¹ Dra. Nayesda Daria Bychkó Trujillo,¹ Dra. Dunia Padró Blanco¹ y Dr. Raciél Pérez Capote¹

En la cavidad bucal se producen cambios en las distintas estructuras, de forma tal que en el anciano, por ejemplo, el hueso alveolar se altera, disminuye la vascularización de la actividad metabólica celular, aumenta la reabsorción y se reduce no solo la oposición, sino la capacidad reparadora del daño. Con respecto a la encía, las variaciones consisten en un decrecimiento de la queratinización en ambos sexos, incremento del volumen de encía adherida y papilas irregulares. El esmalte envejece progresivamente en cuanto al color --- que va adquiriendo tonos marrones y amarillentos --- y la permeabilidad.¹

Para muchos senescentes, la jubilación representa haber llegado a la meta de su camino, a la cumbre de la montaña de la vida, al cumplimiento de su propósito como ser humano. En realidad, lo que ha ocurrido es el fin de una etapa vital y el comienzo de otra diferente a partir de ese instante. Otros atribuyen a la palabra *jubilación* los valores de vejez, achaques, soledad, enfermedades, muerte y existencia sin objetivo alguno; sin embargo, este vocablo proviene de la voz latina *aiubilum* (júbilo), que para los romanos significaba vida y alegría, manifestadas en signos exteriores de complacencia y sabiduría, toda vez que implicaba otra etapa maravillosa para los gerontes.²

Los profesionales que se ocupan de atender a los ancianos, deben hacerlo desde un ángulo positivo y realista. Aquellos que no creen que las personas de edad son capaces de mantener una calidad de vida aceptable, no se esforzarán por asistirles convenientemente para que logren alcanzarla.³

Para dentro de dos décadas, entre los países de la Región se espera que Cuba pase a ser el mayor número de gerontes, con un índice de 75,6, seguida de Puerto Rico con 65,2 y Uruguay con 63,2, puesto que la población proyectada será de 1 761 200, lo cual equivale a 14,9 % de la población proyectada para ese año.⁴

Mayor trascendencia adquiere el problema ante el hecho de que en el 2004 había 17 % de senescentes en Cuba; pero según informe del Directorio Nacional de Atención al Adulto Mayor y Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública,⁵ en el 2010 se elevará a 18 % esa cifra, de manera que el país entero tendrá por primera vez en su historia más ancianos que niños y 1 de cada 4 cubanos se habrá convertido en geronte para el 2025, fundamentalmente por la disminución paulatina de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida.^{6,7}

En el análisis de la situación de salud del Policlínico Integral de nuestro municipio de San Luis se obtuvieron conocimientos inadecuados de salud bucal, ya que 69,2 % de los ancianos carecían de información adecuada sobre la higiene oral, 66,5 % ignoraban la importancia de los dientes para la salud en general y 53,2 % poseían nociones erróneas sobre el uso y cuidado de los aparatos protésicos, lo cual revela que las acciones de promoción y prevención han sido insuficientes o no han tenido el impacto necesario en este grupo poblacional.

Por estas y otras razones, pero sobre todo por lo obtenido en el trabajo de maestría de la Dra. Sanjurjo, cuyos resultados se han publicado en parte,⁸ decidimos generalizar esa experiencia a todos los municipios de la provincia de Santiago de Cuba mediante una intervención educativa, en este caso materializada en el Hogar de Ancianos correspondiente al área de salud de la Clínica Dental "Tamara Bunke" de San Luis.

Métodos

Para llevar a cabo esta investigación se tuvieron en cuenta determinadas consideraciones éticas relacionadas con las personas que conformaron el universo de estudio, por razones obvias.

- Primero se efectuó una reunión con los factores del Hogar de Ancianos ubicado en el área de salud del Policlínico Integral, a fin de establecer las condiciones necesarias para desarrollar exitosamente el ensayo.
- Previa explicación sobre los propósitos del trabajo, se solicitó a los gerontes su disposición y consentimiento informado (por escrito) para participar en la intervención educativa, haciéndoles comprender que no representaría riesgo o daño alguno para su salud.

Población objeto de estudio

Estuvo integrada por las personas de 60 y más años de edad, de ambos sexos y pertenecientes al área de salud del Policlínico Integral “José Ramírez Corría” del municipio San Luis, provincia Santiago de Cuba, de las cuales se tomó una muestra aleatoria simple de 25 ó 26 de ellas, incorporadas al Hogar de Ancianos “Clodomira Ferrals”, perteneciente a la Clínica Dental “Tamara Bunke”.

Planteamiento del estudio

Por ser un estudio de intervención educativa, constó de 3 etapas:

- I. Diagnóstica
- II. Intervención propiamente dicha
- III. Evaluación

Se realizó una reunión inicial con todos los participantes, incluido el equipo de trabajo, donde se detalló minuciosamente el programa general de la investigación.

I. Etapa diagnóstica

Al grupo seleccionado como muestra se le aplicó una encuesta de conocimientos, en la cual se recogían algunas variables que permitieron evaluar el nivel de conocimientos acerca de la salud bucal de los ancianos y su examen bucal. Para ello se impartieron los siguientes temas:

Tema 1. Bienestar bucodental

Tema 2. Cuidado, uso y mantenimiento de prótesis y puentes removibles

Tema 3. Examen de la cavidad bucal

Examen bucal: Aquí también se tomaron en cuenta la edad cumplida, el sexo y el nivel de escolaridad.

La higiene bucal (buena, regular o mala) y las alteraciones de la mucosa fueron evaluadas en el mismo centro.

También se tomaron en cuenta: estado de la prótesis y los dientes (con caries, perdidos, sanos u obturados), así como características de la mucosa bucal.

II. Etapa de intervención

Se desarrolló todo un programa de actividades educativas y se subdividió a los integrantes en 3 grupos para garantizar la participación de todos.

Las reuniones se efectuaron 2 veces por semana. Primero se impartieron los temas, con una duración de 20 minutos, seguido de las técnicas participativas, consistentes en la exposición de su experiencia (10 minutos). Los restantes 20 minutos se dedicaron a los diferentes juegos e ilustraciones. La actividad no excedió de 50 minutos.

Los recursos utilizados consistieron en: exposición oral, interrogatorio, cuidados, charlas, discusión en grupo, demostración, técnicas afectivo-participativas y juegos didácticos (crucigrama dental, diana de salud y rompecabezas de salud).

III. Etapa evaluativa

Las reuniones y consolidaciones de conocimientos se realizaron en un período de 3 meses, al cabo de los cuales, en el último encuentro de estudio citado al efecto para el grupo, se aplicó el cuestionario de la investigación usado en la etapa diagnóstica y se evaluó con los mismos criterios de esta. Los cambios producidos en esa fase fueron considerados como el efecto o consecuencia de las labores educativas sobre el grupo.

La intervención educativa se dirigió a 26 gerontes, divididos en grupos de aproximadamente 5 abuelos del Hogar de Ancianos "Clodomira Ferrals" de San Luis, en compañía de los cuales se realizaron 5 reuniones: 3 correspondientes a los temas escogidos y 2 a la presentación y conclusiones.

Una vez obtenida la información primaria se creó una base de datos computarizada con el software Epi Info 5 y se confeccionaron tablas de contingencia de una o más entradas, donde se utilizó el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas, por ser el más usado en las investigaciones médicas.

Se aplicaron pruebas de hipótesis de homogeneidad por el método no paramétrico de Chi al cuadrado (X^2), con un nivel de significación de 0,01; la técnica de Mc Nemar para medir los cambios significativos en situaciones antes y después de la intervención, así como de independencia para determinar la relación entre nivel de conocimientos y variables como edad y sexo, con igual error permisible, mediante el programa Epistat.

Resultados

En nuestra casuística primaron los varones (61,5 %) y el grupo de edades de 75 y más años (50,0 %).

Anterior a la acción educativa (**tabla 1**), 88,5 % poseían nociones inadecuadas acerca del tema y luego se elevó a 96,2 % los que obtuvieron sólidos argumentos sobre las afecciones de la cavidad bucal que pueden menoscabar su salud y calidad de vida, con alto valor significativo.

Antes de intervención prevalecían los conocimientos inadecuados sobre cuidados, uso y mantenimiento de prótesis y puentes removibles en 23 de los 26 abuelos, para 88,5 %; pero después de ella, todos adquirieron nociones adecuadas al respecto.

Tabla 1. *Conocimientos sobre bienestar bucodental de los ancianos antes y después de la intervención*

Antes	Después				Total	
	Adecuado No.	Adecuado %	Inadecuado No.	Inadecuado %	No.	%
Adecuado	2	7,7			2	7,7
Inadecuado	23	88,5	1	3,8	24	92,3
Total	25	96,2	1	3,8	26	100,0

Fuente: Encuesta

p < 0,001

En nuestro ensayo se puso de manifiesto que excepto 1 de los 26 ancianos, los restantes tenían nociones equivocadas sobre el examen de la cavidad bucal (**tabla 2**); pero después quedó apenas 1(3,8 %) sin entender cabalmente la información que se les había transmitido y ejemplificado.

Tabla 2. *Conocimientos sobre examen bucal antes y después de la intervención*

Antes	Después				Total	
	Adecuados No.	%	Inadecuados No.	%	No.	%
Adecuado	1	3,8			1	38,0
Inadecuado	24	92,3	1	3,8	25	96,2
Total	25	96,2	1	3,8	26	100,0

Fuente: Encuesta

p < 0,001

Los conocimientos generales inadecuados sobre salud bucal (**tabla 3**) se elevaban a 92,2 % antes de la intervención, pero las técnicas participativas y nuestro diálogo abierto y cordial con los abuelos garantizaron que la totalidad obtuviera correctas nociones sobre el tema; logro avalado por una elevada significación (p<0,001).

Los varones se habían preocupado menos por su salud bucal, pues ninguno poseía conocimientos adecuados acerca de ello antes de recibir nuestras orientaciones sobre el tema, en contraste con 2 abuelas (7,7 %) que sí demostraron tenerlos inicialmente. Después de intervenir educativamente, aún quedaron 2 hombres con conocimientos inadecuados.

Tabla 3. *Conocimientos generales sobre salud bucal antes y después de la intervención*

Antes	Después				Total	
	Adecuado No.	%	Inadecuado No.	%	No.	%
Adecuado	2	7,7			2	7,7
Inadecuado	22	84,6	2	7,7	24	92,3
Total	24	92,6	2	7,7	26	100,0

Fuente: Encuesta

p < 0,001

Específicamente, 24 de los 26 ancianos desconocían todo lo relacionado con la salud bucal antes de la intervención (**tabla 4**), pues los 2 que sí tenían información adecuada previa, se enmarcaban en los primeros grupos etarios. Nuestras acciones educativas lograron modificar satisfactoriamente los conocimientos en 22, a los cuales se sumaron los 2 que inicialmente los poseían, para 92,3 %; pero quedaron 2 sin asimilar las argumentaciones expuestas sobre cómo conservar la salud bucodental y prevenir las enfermedades que pueden afectar esa cavidad.

Tabla 4. *Conocimientos generales sobre salud bucal antes y después de la intervención según edad*

Edad (en años)	Antes				Después			
	Adecuados No.	%	Inadecuados No.	%	Adecuados No.	%	Inadecuados No.	%
60 - 64	1	3,8	1	3,8	2	7,7	-	-
65 - 69	1	3,8	1	3,8	2	7,7	-	-
70 - 74	-	-	9	34,7	8	30,7	1	3,8
75 y más	-	-	13	50,0	12	46,2	1	3,8
Total	2	7,7	24	92,3	24	92,3	2	7,7

Fuente: Encuesta

Independientemente del nivel de escolaridad de los abuelos (**tabla 5**), todos carecían de conocimientos generales sobre salud bucal y persistían nociones erróneas en cuanto a higiene bucal,

uso y mantenimiento de prótesis, cepillado dental, afecciones periodontales y otros elementos importantísimos para disfrutar de una aceptable calidad de vida en el sentido más amplio y completo de la frase.

Tabla 5. *Conocimientos generales sobre salud bucal antes y después de la intervención según escolaridad*

Escolaridad	Antes				Después			
	Adecuados No.	Adecuados %	Inadecuados No.	Inadecuados %	Adecuados No.	Adecuados %	Inadecuados No.	Inadecuados %
Primaria	-	-	5	19,3	3	11,5	2	7,7
Secundaria	-	-	20	76,9	20	76,9	-	-
Preuniversitario	-	-	1	3,8	1	3,8	-	-
Universitario	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	26	100,0	24	92,3	2	7,7

Fuente: Encuesta

Discusión

Comúnmente, la conducta de los ancianos con respecto a su salud bucodental suele ser negativa, pues muchos de ellos consideran que la pérdida dentaria es consecuencia inevitable de haber llegado a la vejez; por tanto, pierden interés por conservar los dientes en buen estado o restaurarlos, debido en gran parte a su propia convicción de que no pueden aspirar a otra condición que no sea la de portadores de prótesis parciales o totales, lo cual se explica por el hecho de que en ellos la autopercepción suele estar caracterizada por sentimientos de pérdida de la autoestima, del significado o sentido de la vida y de la facilidad de adaptación. Obviamente, esa errónea creencia favorece la aparición de alteraciones en la articulación temporomandibular, la afectación de la estructura de los tejidos blandos de la mucosa bucal, la masticación, la digestión y finalmente la estética facial.

Lo anterior no significa, en modo alguno, que todo es negativo a estas edades, pues uno de los aspectos positivos más importantes en los adultos mayores estriba en la capacidad de estabilidad y continuidad; cualidad que les proporciona la aureola de persona digna de confianza, capaz de recibir confidencias y entregar consejos sabios, de modo que merecen nuestro respeto y consideración.⁹ Se impone adoptar estrategias a corto y mediano plazos para garantizar el cuidado de su salud en sentido general, tomando en cuenta que el aumento numérico de la población geriátrica es el factor más característico en los cambios demográficos de nuestros tiempos, unido al descenso de la natalidad.

El bienestar bucodental forma parte de la higiene personal y de la salud; sin embargo, para lograrlo deben promoverse un buen cepillado, los necesarios cuidados en la adaptación, uso y conservación de prótesis y puentes removibles; la conveniente alimentación y los exámenes odontológicos periódicos,¹⁰⁻¹³ donde se acentúe la importancia de asistir a las consultas como mecanismo preventivo para detectar precozmente cualquier lesión u otro proceso morboso que pueda producirse en la cavidad bucal.

Jiménez Pérez et al¹⁴ sometieron a prueba la existencia de asociación entre la percepción de salud bucal con el bienestar subjetivo como medida de la calidad de vida en ancianos, para lo cual aplicaron tres instrumentos (bienestar, calidad de vida y salud bucal) a 80 adultos de la tercera edad. Este grupo le atribuyó mayor importancia a la funcionalidad de los dientes, al componente social y en menor medida al emocional. La percepción de salud bucal no es diferente para los edéntulos y con dientes; en cambio, la forma en que perciben su salud bucal está relacionada con el bienestar y calidad de vida, razón que justifica considerar la percepción de salud bucal como factor predictor de calidad de vida

Inicialmente, algunos opinaban que para limpiarlas bastaba utilizar abundante agua solamente, con lo cual impedían retirar todos los restos de alimentos, al prescindir del cepillado, y en cambio contribuían a deteriorarlas.

Si las personas de la tercera edad carecen de buenos hábitos de higiene bucal y no tienen costumbre de visitar periódicamente al dentista, el resultado es la dificultad en el proceso de masticación de los alimentos, que suele estar acompañada de problemas primarios en boca y dientes, como consecuencia de esta mala higiene (caries, enfermedades periodontales, gingivitis y otros), en detrimento de su salud en general.¹⁵

Los adultos de la tercera edad pueden sufrir trastornos psíquicos, limitaciones físicas y carencias económicas, que muchas veces les obligan a depender de los demás para que les ayuden en las labores domésticas, atiendan sus asuntos propios y les proporcionen cuidados personales.

Esas razones son generalmente determinantes para que los senescentes ingresen en el Hogar, pues ya en la mayoría de los lugares ha perdido vigor la antigua familia extensa, casi patriarcal, donde convivían naturalmente abuelos, padres e hijos. Era casi obvio que las distintas generaciones compartieran vivienda, alimentación, recreación y conversación. Abuelos y nietos se cruzaban en los pasillos y habitaciones de la casa y se transmitían de unos a otros las tradiciones, costumbres, inquietudes y problemas.⁹ En la sociedad actual, caracterizada por familias nucleares, se ha reducido predominantemente el núcleo a padres e hijos (muy pocos), los cuales trabajan o estudian, indistintamente, o todos tienen vínculo laboral, de modo que los gerontes permanecen gran parte del tiempo solos o carecen de familiares que se ocupen verdaderamente de ellos.

En la instalación objeto de estudio había más hombres que mujeres institucionalizados; diferencia presumiblemente atribuible a las características de las féminas, que aunque enviuden o vivan solas son capaces de atender las labores hogareñas u ocuparse de la crianza de los nietos para ayudar a los hijos o nueras que trabajan o estudian, de manera que suelen permanecer en las casas con los demás familiares.

En sentido general, los hombres desconocían cómo cuidar o mantener su salud bucodental, pues ni siquiera les preocupaba su estética facial para limitarse en sus relaciones sociales, mientras que las mujeres han sido siempre más presumidas, cuidadosas y menos temerosas de asistir al facultativo.

Por otra parte, debe tomarse en cuenta que la juventud de estos gerontes transcurrió en una época mediatizada, de manera que independientemente de pertenecer a uno u otro sexo no disponían de recursos financieros para asistir a las consultas privadas de estomatología ni existían programas preventivos odontológicos de carácter estatal, unido a la nula difusión de estos contenidos por los medios de difusión, en aquel entonces supeditados a intereses particulares.

Aunque en nuestras periódicas reuniones se trataba de transmitirles los mensajes de salud con la mayor sencillez posible y auxiliándonos de recursos nemotécnicos, que les permitían interactuar con nosotros y esclarecer todas sus dudas e inquietudes, finalmente 2 adultos mayores no comprendieron cabalmente las indicaciones estomatológicas y quedaron sin modificar su nivel de conocimientos, posiblemente debido a su grado de escolaridad de primaria, alcanzado después de haber sido alfabetizados durante la campaña de 1961, pues en las áreas rurales no disponían generalmente de "escuelitas" para enseñar a leer y escribir o los campesinos y sus hijos estaban obligados a trabajar en el campo para poder subsistir, de manera que no tenían tiempo para asistir a las aulas.

Luego de las reuniones y encuentros participativos se elevaron los conocimientos sobre otras funciones de los dientes, pues si bien la mayoría los relacionaban con la masticación, aprendieron que la ausencia de las piezas dentarias afecta grandemente la salud al provocar: problemas digestivos, pérdida de las dimensiones de la cara, depresión de la musculatura y el tejido celular subcutáneo facial, alteraciones emocionales por disminución de la autoestima y hasta conflictos conyugales.

Aunque la vejez comienza a los 60 años, el envejecimiento se inicia mucho antes, de manera que el objetivo de lograr una ancianidad satisfactoria, donde las personas asocien el incremento de la longevidad con el mantenimiento de su salud en general, autonomía e integración social, depende de que este proceso se desarrolle también de forma saludable.¹⁶⁻²⁰

La aplicación de técnicas participativas²⁰ puso de relieve que usando un método dinámico de aprendizaje, que motive y actúe sobre el componente afectivo del conocimiento, así como se diferencie de lo habitualmente realizado en labores educativas poco creativas y recurrentes, puede

conseguirse que a pesar de la edad avanzada, los ancianos aprendan y valoren la importancia de su responsabilidad hacia su salud bucal.

Finalizada la actividad, los abuelos más aventajados recibieron estímulos por su desempeño en el ensayo y un diploma que les acreditaba como Promotores de Salud Bucal, a fin de que pudiesen extender y aplicar sus conocimientos dentro y fuera de la institución. Los ancianos agradecieron públicamente el haber sido escogidos para la intervención, por los beneficios que les reportaron las visitas, los intercambios de opiniones y los juegos didácticos,²⁰ sobre todo estos últimos, que resultaron tan objetivos y amenos para cambiar algunas formas de pensar erróneas o nutrirse de nuevas informaciones sobre el mantenimiento de la salud bucodental.

La intervención educativa sobre salud bucal demostró y corroboró que se puede interactuar con la población, en este caso geriátrica, para modificar favorablemente sus conocimientos acerca de ello, ya sea proporcionándolos, incrementándolos o rectificándolos con acciones comunitarias generales y específicas, dirigidas a cambiar conceptos y estilos de vida inadecuados.

La generalización de resultados previos en ancianos fue una experiencia reveladora de problemas recurrentes: la primacía del desconocimiento sobre salud bucal y la necesidad de atención estomatológica, hasta ahora generacionales pero tendientes a no serlo en las próximas décadas, cuando los gerentes sean los beneficiados por los programas y planes del sistema nacional sanitario cubano desde la niñez o adolescencia temprana.

Se recomienda extrapolar esta acción educativa a otros hogares de ancianos y círculos de abuelos en la provincia, por los beneficios que les reporta en el orden personal y la importante información que proporciona para el diagnóstico de salud odontológico en general.

Referencias bibliográficas

1. Bascones MA. Tratado de odontología. Madrid: Trigo, 1998; t 4:115-23.
2. Velazco E, Machua E, Martínez SA, Bullon P. Salud oral en el anciano institucionalizado. Arch Odontol 2000;10(19):556-65.
3. Velasco DE, Vigo MM. La utilización de los servicios dentales por los adultos mayores. En: Bullon FP, Velasco OE. Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral al paciente de edad avanzada. Madrid:IM&C, 1996:381-2.
4. Rojas Ochoa F. Estado de salud en la tercera edad. La Habana: ECIMED, 1993.
5. Carrobelo C, Rubio V. Llegar a viejo una gracia que da la vida. Bohemia 2004; (4): 28-39.
6. García Clavijo J. ¿Nos estamos poniendo viejos? Madrid: Editorial Imsero, 2002:23. (Publicación UDP: nr 203)
7. Anuario demográfico de Santiago de Cuba. Centro de Estadística Territorial de Santiago de Cuba .La Habana: ONE, 2003: 4.
8. Sanjurjo MC, Berenguer M, González E, Salvador S, Delgado W. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en el adulto mayor del Consejo Popular Los Maceo. 2001 [biblioteca virtual en línea] <<http://www.scu.sld.cu.gies-index.htm/>> [consulta: 9 nov 2004].
9. Adulto mayor: Aspectos psicoafectivos del envejecimiento [biblioteca virtual en línea] <<http://www.ubiobio.d/vitrina/Envejecim.zip>> [consulta: 9 nov 2004].
10. Pol Samalea L, Pol Samalea L, Turcaz Castellanos IM, Pérez Fariñas NA, Calzado de Silva MC. Estado de salud bucal del adulto mayor de las casas de abuelos del Reparto Sueño [biblioteca virtual en línea] http://www.scu.sld.cu/articulos_cient.php [consulta: 7 abril 2005].
11. Villasana CH, González PA. Psicogerontología. En: Bullon Fernández P, Velazco Ortega E. Odontoestomatología geriátrica [La atención odontológica integral al paciente de edad avanzada]. Madrid: IM y C, 2000:56-60.
12. Carvajal LP, Zamora GR. Demografía y sociología del envejecimiento. En: Bullon Fernández P, Velazco Ortega E. Odontoestomatología geriátrica [La atención odontológica integral al paciente de edad avanzada]. Madrid: IM y C, 2000: 17-25.
13. Pinilla M. La salud bucodental y calidad de vida. Rev 60 y Más 2001;(199):40-4.
14. Jiménez Pérez J, Esquivel Hernández RI, González-Celis Rangel AL. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Rev ADM 2003;60(1):19-24.

15. Vicente Murcia JC. La boca del mayor [artículo en línea] <<http://canales.laverdad.es/servicios/cuadernossalud/pg110605/suscr/nec12.htm>> [consulta: 12 abril 2005].
16. Cómo vivir junto a nuestros ancianos [biblioteca virtual en línea] <<http://www.drcormillot.com>>[consulta: 7 abril 2005].
17. Gómez Juanola M, Machín Díaz MJ, Roque Acanda K, Hernández Medina G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):468-73.
18. Ortalá Siscar C. Protocolo de atención al adulto mayor. Prevención de caries. Arch Odontoestomatol 2001;17(7):505-7.
19. Zorrilla García AE. El envejecimiento y el estrés oxidativo. Rev Cubana Invest Biomed 2003;21(3):178-85.
20. Bustillo G. Técnicas participativas de educadores cubanos y juegos didácticos. La Habana:MINED,1996; t 1:28-32.

Dra. Blanca Lázaro Soto Máximo Gómez nr 190, San Luis, Santiago de Cuba
Dirección electrónica: meja@cpicmsc.scu.sld.cu

¹ Especialistas de I Grado en Estomatología General Integral. Instructores

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Lázaro Soto B, Frómeta Díaz L, Bychkó Trujillo ND, Padró Blanco D, Pérez Capote R. Modificaciones del conocimiento sobre salud bucal en adultos mayores institucionalizados en el municipio de San Luis [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(esp).<[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_\(esp\)_06/san02\(esp\)06.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_(esp)_06/san02(esp)06.htm)> [consulta: fecha de acceso].