



Rev. Ciencias Médicas. Noviembre-diciembre, 2015; 19 (6):1084-1093

ARTÍCULO ORIGINAL

Trabajo Social Comunitario en pacientes con trastornos demenciales

Community social work in patients with dementia disorders

Margarita Castro Iglesias,¹ Mayra García Quintana,² Noraisy Blanco Rodríguez,³ Yara Dovale Santos⁴

¹Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional. Instructora. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: margara@princesa.pri.sld.cu

²Licenciada en Educación, Especialidad Historia. Máster en Educación. Profesora Auxiliar. Universidad "Hermanos Saíz Monte de Oca" de Pinar del Río. Correo electrónico: mayragg@upr.edu.cu

³Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional. Instructora. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: noraisy@has.sld.cu

⁴Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional. Instructora. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: trabsocial@has.sld.cu

Recibido: 10 de noviembre de 2015.

Aprobado: 12 de diciembre de 2015.

RESUMEN

Introducción: la demencia se ha incrementado gradualmente siendo en la actualidad diez veces más frecuente que a inicio del siglo XX, no tiene cura y evoluciona gradualmente, esto motivo a realizar este trabajo.

Objetivo: identificar la envergadura del problema y poder establecer una estrategia de enfrentamiento en la comunidad.

Material y método: se realizó un estudio transversal, descriptivo observacional e

intervencionista con pacientes con trastornos demenciales registrados en el consultorio médico 154 del Consejo Popular Celso Maragato Lara de Pinar del Río en el periodo de enero-abril de 2014. El universo estuvo constituido por 114 adultos mayores dispensa rizados de dicho consultorio. La muestra estuvo conformada por los 65 pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de trastornos demenciales.

Resultados: los grupos más afectados fueron los comprendidos entre 70 a 79, 80 y más años predominando el sexo femenino. La principal etiología fue, la demencia isquemia seguida por la enfermedad de Alzheimer primando en la primera el deterioro cognoscitivo moderado y leve en la segunda demencia franca. Los principales riesgos fueron: las enfermedades asociadas, hábitos tóxicos, accidentabilidad, y riesgos dietéticos. Los problemas de salud de los cuidadores: HTA, trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos del sueño) y trastornos digestivos. Las acciones de trabajo social estuvieron encaminadas al paciente y cuidador. Entre las principales: las charlas educativas, capacitación en la enfermedad y como enfrentarla, ayuda médica y psicológicas, mejoras en las condiciones materiales para el paciente y las familias.

Conclusiones: un grupo pequeño pero importante de pacientes se logró incorporar a círculos de abuelos en compañía de su cuidador.

DeCS: Demencia/psicología; Anciano; Servicio social.

Introduction: dementia has gradually increased and is currently ten times more frequent than in the early twentieth century, it has no cure and gradually evolves; it motives to conduct this work.

Objective: to identify the scope of the problem establishing a strategy to deal with this entity in the community.

Material and Method: a cross-sectional, descriptive-observational and interventional study was carried out with the patients registered at No-154 Doctor's Office suffering from dementia disorders at Celso Maragato Lara People's Council of Pinar del Rio during January to April 2014. The target group comprised 114 old people registered in that doctor's office. The sample consisted of 65 patients older than 60 years diagnosed with dementia disorders.

Results: the most affected groups were those aged 70-79, 80 and older predominantly female. The main etiology was: ischemic dementia followed by Alzheimer's disease, in the first moderate-mild cognitive impairment prevailed; while in the second marked dementia. The main risks were: associated diseases, toxic habits, accidents, and nutritional risks. Health problems of the caregivers were hypertension, psychological disorders (anxiety, depression, sleep disorders) and digestive disorders. Social work actions were aimed at patients and caregiver. Among the main ones: educational talks, training to manage the disease and how to deal with it, medical and psychological support, improvements in the material conditions for patients and families.

Conclusions: the achievement of a small but important group of patients was incorporated to the grandparents club accompanied by their caregivers.

DeCS: Dementia/psychology; Aged; Social work.

INTRODUCCIÓN

La humanidad en el siglo XXI se encuentra ante un gran desafío, cada vez son más las personas que alcanzan la condición de adultos mayores. Tal es así que las proyecciones demográficas indican que en años posteriores la cantidad de ancianos será aproximadamente de mil doscientos millones.¹

Se ha afirmado a nivel mundial, que el siglo XX constituye el de mayor crecimiento de la población de la tercera edad, mientras que el XXI será el de su envejecimiento, fenómeno que ha llamado a nuestra puerta para exigir una respuesta inmediata por parte de la sociedad por constituir un desafío que debemos enfrentar en los próximos años.²

El incremento de la población anciana constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y los que van emergiendo en subdesarrollo, pues durante los últimos años todas las sociedades del mundo desarrollado han experimentado cambios demográficos.

Se encontraron sin dudas ante una situación singular: cada vez es mayor el número de personas que sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de la vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas,³ ya que constituye un problema no sólo cuantitativo, sino también cualitativo, por el hecho de que al arribar estas personas a edades mayores, aparecen nuevos fenómenos de diversa índole que pueden repercutir en su estado de salud y su calidad de vida en general.

Cuba no es ajena a esta situación y también participa de este movimiento mundial, encontrándose entre los cuatro países más envejecidos de América Latina y el Caribe, puesto que para el 2025 el incremento del grupo de ancianos será hasta un 25%, lo que significa que uno de cada cuatro cubanos será mayor de 60 años. Esto obedece fundamentalmente a la transición epidemiológica y demográfica que se ha ido produciendo.⁴

La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional constituyen una preocupación en los años futuros. Esta preocupación es una necesidad a escala mundial, la cual requiere de una acción cooperativa y solidaria, que trazando políticas y estrategias nacionales e internacionales tiendan a materializar en forma efectiva dicha ayuda.⁵

El envejecimiento en Cuba ha impuesto un nuevo reto para el sistema de salud, ya que hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino, además, mejorar cualitativamente la salud de estas.⁶

En Cuba y en la provincia de Pinar del Río, se han realizado un número significativo de acciones de salud y de investigaciones científicas relacionadas con el envejecimiento. Además, los resultados obtenidos se podrán constatar con los alcanzados por investigaciones tanto nacionales como internacionales. La investigación es factible, ya que los recursos financieros y materiales son mínimos y se cuenta con el personal humano necesario para su realización.

La vejez es una etapa de la vida del hombre de cierta complejidad pues dedican de manera univarsal la mayoría de las funciones biológicas y en cierta medida sufre un deterioro psicológico más o menos en correspondencia con el envejecimiento cerebral además en esta etapa aparecen o se incrementan los riesgos de enfermedades tales como el cerebro vascular, cardiopatía isquémica, neoplasias etc. Lo que lo hace más vulnerable y se crean crisis familiares de preocupación e

incertidumbres si a ellos le sumamos la posibilidad demencial que tiene estas personas la situación se hace más preocupante.^{7, 8}

La demencia se ha incrementado gradualmente siendo en la actualidad diez veces más frecuente que a inicios del siglo XX, influye en ello el envejecimiento poblacional, aumento de la expectativa de vida de muchos países, métodos más eficaces en el diagnóstico de la entidad y mayores conocimientos en este campo por la población lo que incrementa la preocupación por estos trastornos y se busca ayuda calificada.⁹

La demencia ha sido asociada siempre al devenir de la edad por lo que la longevidad sigue siendo su principal riesgo independientemente que puede aparecer tempranamente. Es un problema que avanza más rápidamente que la disponibilidad de medios para atajar la evolución a pesar de los esfuerzos que se hacen en el campo científico, no se ha podido curar la enfermedad ni parar su evolución.¹⁰

La entidad como tal en el orden clínico se traduce en la disminución progresiva e irreversible de las funciones mentales producida por distintos tipos de lesiones orgánicas del cerebro con suficiente seriedad como para afectar el desenvolvimiento normal del paciente en la familia y la sociedad. De las entidades causantes del Síndrome Demencial se le presta la actividad enfermedad del Alzheimer por ser una de las formas de demencia de peor evolución y pronostico y existe un incremento preocupante en su incidencia y prevalencia.^{11,12}

Motivados por el tema, y desde el punto de vista de la actividad social se realizó un trabajo de corte comunitario en el Consultorio del Médico de la Familia #154 del Consejo Popular Celso Maragoto Lara de la Ciudad de Pinar del Río con el objetivo de identificar la envergadura del problema y poder establecer una estrategia de enfrentamiento en la comunidad donde la Trabajadora Social juegue un papel protagónico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo observación e intervencionista con los pacientes de trastornos demenciales del consultorio 154 del consejo popular Celso Maragato Lara de la ciudad de Pinar del Río en el período de enero-abril de 2014.

Se trabajó con la población mayor de 60 años de dicha área, quedando constituida la muestra por 65 personas registradas en ese consultorio con dicho diagnóstico, todos fueron visitados en el hogar por los autores del trabajo. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron la edad, sexo, etiología de la entidad, grado de deterioro cognoscitivo, riesgos a los que estaban expuestos, problemas de salud de los cuidadores y acciones de Trabajo Social encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos. Se procesó la información siguiendo estadígrafos descriptivos básicamente de 60 años y más la comparación porcentual.

RESULTADOS

De las 114 personas de 60 años y más registrados en el Consultorio #154 del Consejo Popular Celso Maragato Lara de la Ciudad de Pinar del Río, 65 tenían el diagnóstico de trastornos demenciales atendidos en dicho lugar por el médico de la familia y su equipo, cifra representada en el 57% de la población anciana; este dato tiene significación estadística y aunque se señala que la edad es uno de los riesgos más frecuentes para padecer de estos trastornos tiene una alta frecuencia constituyendo un serio problema de salud en esta población.

Se distribuyó por grupos edades y sexo observándose una mayor frecuencia en el sexo masculino en los grupos de 70 a 79 años y 80 y más con el 46.4 % y 35.7% respectivamente y mientras que en el sexo femenino predominó el grupo de 80 y más con el 51.4% seguido del de 70 a 79 años con el 32.4% del total. En sentido general, resulta más frecuente en las mujeres alza poco significativo pues la cifra de las mujeres de 65 y más años es superior a la de los hombres. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la casuística según grupo edades y sexo. Consultorio # 154 Consejo Popular Celso Maragato 2014.

Edades	Masculino		Femenino		Total	
	#	%	#	%	#	%
De 65 a 69 años	5	17.9	6	16.2	11	16.9
De 70 a 79 años	13	46.4	12	32.4	25	38.5
De 80 y más	10	35.7	19	51.4	29	44.6
Total	28	100	37	100	65	100

Fue la etiología isquémica (vascular) la más frecuente con el 44.6% del total y en este grupo se apreció el deterioro cognoscitivo ligero en el 75% de los que tenían el trastorno seguido del moderado representando en el 48.6% de los pacientes con este tipo de deterioro. Lo seguirá en orden de frecuencia la enfermedad de Alzheimer con el 27.6% del total primando la demencia franca constituyendo el 81.3% de los que presentaban estado demencial total. El trauma craneo encefálico se reportó en un 10.8% de los casos con deterioro cognoscitivo moderado en la mayoría: el alcoholismo la infección del sistema nervioso central (SNC) y las epilepsias complejas se situaron con porcentajes poco significativos con 6.2% los primeros el 4.6% en los casos de la epilepsia. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución según etiologías y grado y deterioro cognoscitivo.

Edades	Masculino		Femenino		Total	
	#	%	#	%	#	%
De 65 a 69 años	5	17.9	6	16.2	11	16.9
De 70 a 79 años	13	46.4	12	32.4	25	38.5
De 80 y más	10	35.7	19	51.4	29	44.6
Total	28	100	37	100	65	100

Se expresan los principales riesgos presentados en los pacientes pudiéndose apreciar como una situación de mayor frecuencia las enfermedades asociadas a 76.9% entre ellos la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitas e hiperlipidemia con su

conocido riesgo vasculares 2 lugar se señala los hábitos tóxicos 58.5% básicamente el café y el tabaco. Se consideró en tercer lugar 49.2% riesgo de accidentabilidad en aquellos pacientes que conviven con peligrosos, traumas físicos por caídas, heridas etc., o riesgos por toxicidad con sustancias químicas de uso doméstico o medicamentoso. (Tabla 3)

Tabla 3. Riesgos a los que estaban sometidos los pacientes con trastornos demenciales.

Riesgos	#	%
Enfermedades Asociadas	50	76.9
Por hábitos Tóxicos	38	58.5
Accidentabilidad	32	49.2
Riesgos dietéticos	30	46.2
Médicos-ambientales	17	26.2

La (HTA) fue la enfermedad de mayor frecuencia en 51 casos para el 78.5% seguida de ansiedad en el 76.9%. La depresión psicológica y trastornos del sueño se presentaron en el 72.3% cada uno seguido de trastorno digestivos en el 49.2% del total de cuidadores y la cefalea tensionar y otros trastornos cardiovasculares en el 44.6% y 30.8% respectivamente. Todos los problemas de salud se presentaron después de haber comenzado la atención a los pacientes haciendo notar que la mayoría eran familiares allegados en el 80% de los casos de familiar hijo. (Tabla 4)

Tabla 4. Problemas de salud de los cuidadores. Consultorio 154.

Problemas de Salud	#	%
Hipertensión Arterial	51	78.5
Ansiedad	50	76.9
Depresión	47	72.3
Alteración del sueño	47	72.3
Trastornos digestivos	32	49.2
Cefalea Tensional	29	44.6
Otras manifestaciones	20	30.8

La capacitación en la enfermedad y como tratarla se llevó a cabo por el equipo que llevo la investigación en la familia en el 90.8% y en el cuidador 70.8%. El apoyo emocional se brindó a casi todas las familias 98.8% y a los pacientes que podían cooperar 30.8% a los cuidadores el apoyo emocional se llevó a cabo en el 53.8% de los casos.

Se brindó ayuda médica calificada al paciente en el 55.4% y a los cuidadores en el 72.3%. Se mejoran las condiciones materiales en el 52.3% de los enfermos y el 32.3% de las familias. Ayuda psicológica se brindó al 41.5% de los enfermos, el 26.6% a los familiares y el 63.1% de los cuidadores. Se entregaron los utensilios de apoyo 23.1% de los pacientes incorporaron a los círculos de abuelos 18.5% y el 15.4% de los cuidadores logrando llevar a los círculos los enfermos y sus cuidadores, estos últimos necesitados de actividades de este tipo. (Tabla 5)

Tabla. 5. Acciones de trabajo social.

Acciones de Trabajo Social	Con el paciente		Con la familia		Con el cuidador	
	#	%	#	%	#	%
Charlas educativas	7	10.8	59	90.8	46	70.8
Capacitación en la enfermedad y cómo afrontarla	-	-	59	90.8	46	7.8
Apoyo emocional	20	30.8	59	90.8	35	53.8
Ayuda médica calificada	36	55.4	-	-	47	72.3
Materiales de coordinación Materiales de coordinación con los organismos del área	34	52.3	21	32.3	-	-
Dinámica familiar	-	-	18	27.7	18	27.7
Entrega de utensilios de apoyo	15	23.1	-	-	-	-
Ayuda psicológica calificada	27	41.5	17	26.6	41	63.1
Incorporación a Círculos	12	18.5	-	-	10	15.4
Coordinación con organismos del área para tratamiento a los factores medio ambientales	-	-	22	33.8	-	-

DISCUSIÓN

La enfermedad cerebro vascular crónica se considera la principal causa de demencia isquémica. En sentido general resulta más frecuente en las mujeres alza poco significativo pues la cifra de las mujeres de 60 años y más es superior a la de los hombres.¹ En cuanto a la edad hay conciencia con la que se plantea la literatura destacándose la demencia como una entidad que se incrementa con la edad sobre todo la etiología isquémica producida en la mayoría por las enfermedades cerebro vascular crónicas.²

Relacionada con las etiologías y el grado de deterioro cognoscitivo En sentido general estos datos están bastante cercanos a las que señala la literatura siendo frecuentes en personas de estas edades sobre todo la enfermedad cerebro vascular crónica que se considera la principal causa de demencia isquémica.³

Con respecto a los principales riesgos que presentan los pacientes. En todos los casos las medidas de trabajo social se implantaron de inmediato en coordinación con los familiares y los cuidadores con cuidado se eliminaron todas estas dificultades, como se sabe la población de ancianos en general por el propio envejecimiento hace más vulnerable físicamente, sus huesos son más frágiles se pierden reflejos de defensa elementales para la dinámica de la vida perdiéndose la capacidad de respuesta, si a ellos se suman trastornos mentales con pérdida del razonamiento identificación de sustancia etc. el comportamiento se torna torpe, necesitando cuidados como cualquier niño.^{13,14}

Es frecuente en estas edades de corta edad con morbilidades con una frecuencia elevada como (HTA), diabetes mellitas, y trastornos de los lípidos y corporales y en estas enfermedades se registran con relativa alta frecuencia por lo que no es ocioso

enfatar en las necesidades materiales comparados para establecer el fenómeno aterosclerótico y con ellos disminuir el arrase del trastorno sobre todo en aquellas demencias dándole el factor vascular resultando deteriorante.⁴

Estos hallazgos se corresponden con varios autores que dedican parte de sus recomendaciones a la atención que debe prestarse a las personas encargadas de atender a enfermos crónicos sobre todo aquellos que presentan alteraciones mentales por el riesgo de enfermar que tiene los mismos, secundarios a las tensiones emocionales que se sufren compartiendo con el tipo de enfermos debiendo a las instituciones de salud tener en cuenta y prestar atención a este tipo de personas.¹⁵

Las acciones de trabajo social se encaminaron a los problemas en el curso de la investigación y estuvieron dirigidos al paciente a la familia y al cuidador tal sentido puede apreciarse en la tabla 5 que se empleó en primer lugar las actividades educativas y sobre todos las charlas y la capacitación en la enfermedad y sus cuidados. Las charlas educativas sobre todo relacionado con la higiene familiar y personal los hábitos tóxicos, los cuidados de los pacientes postrados etc., se emplearon en el 10.8% de los enfermos o sea en aquellos que sus condiciones mentales la permitieron comprender mensajes elementales de utilidad para la vida. Se emplearon bastante masivamente en las familias 90.8% aprovechando los mismos para ayudar a modificar algunos patrones para la convivencia y en el cuidador, la mayoría familiares, dirigidos a los cuidados necesarios en estos enfermos.¹⁶

Se tuvo en cuenta a todos los factores del área para este trabajo con la dirección de trabajo social consiguiendo un clima favorable para modificar las condiciones de vida de los enfermos en los casos que los requieran y lograr una adecuada inserción social en dicha comunidad.

Se observó que más de la mitad de los grupos más afectados, los comprendidos entre 70 a 79, 80 y más años predominando el sexo femenino. La principal etiología fue, la demencia isquémica seguida por la enfermedad de Alzheimer primando en la primera el deterioro cognoscitivo moderado y leve en la segunda demencia franca los principales riesgos fueron: Las enfermedades asociadas, hábitos tóxicos, accidentabilidad, y riesgos dietéticos. Los problemas de salud de los cuidadores: La HTA, los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos del sueño) y trastornos digestivos. Los trastornos demenciales en la población constituyeron un problema de salud, siendo las edades más frecuentes entre 70 a 79 y 80 y más años con discreto predominio en mujeres.

Las etiologías más frecuentes fueron la demencia isquémica y la enfermedad de Alzheimer. Predominó el deterioro cognoscitivo moderado y leve en todas las etiologías excepto en la enfermedad de Alzheimer que la mayoría tenia demencia franca.

Los riesgos de mayor importancia estaban dados por las enfermedades asociadas hábitos tóxicos, accidentalidad y riesgos dietéticos. Los principales problemas del cuidador fueron: la (HTA), ansiedad de presión, alteraciones de sueño, trastornos digestivos y cefalea tensionar. Las acciones de trabajo social estuvieron encaminadas al paciente y cuidador. Entre las principales: las charlas educativas, capacitación en la enfermedad y como enfrentarla, ayuda médica y psicológica y como enfrentarla, mejoras en la condición material para el paciente y las familias. Un grupo pequeño pero importante de pacientes se logró incorporar a círculos de abuelos en compañía de su cuidador logrando además de la actividad física de la vida de relación tan importante para ambos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No.: 41: Ley de la Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010.
2. Bayarre Veá HD. Modelos para el vaticinio de discapacidad física en adultos mayores en el nivel primario de atención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Mar [citado 10 Mayo 2014]; 25(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100003&lng=es
3. Martínez C, Pérez VT. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 [citado 30 Ene 2014]; 22(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100001&script=sci_arttext
4. Brito Sosa G, Iraizoz Barrios AM. Valoración biosicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 10 Mayo 2014]; 28(4): 630-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400007&lng=es
5. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermería [Internet]. 2005 Dic [citado 30 Abr 2014]; 21(3): 1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es
6. Leonardo López M, Miranda Guerra A de J, Hernández Vergel LL. Valimiento del adulto mayor en dos consultorios del Policlínico Docente «Hermanos Cruz». Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 Jun [citado 06 Mayo 2014]; 26(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200004&lng=es
7. Miranda Guerra A de J, Hernández Vergel LL, Rodríguez Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Sep [citado 06 Mayo 2014]; 25(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003&lng=es
8. Cuba, Consejo de Estado de la república de Cuba. Resolución sobre los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución [Internet]. La Habana: VI Congreso del Partido Comunista de Cuba; 2011 [citado 23 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.ain.cu/2011/mayo/Folleto%20Lineamientos%20VI%20Cong.pdf>
9. Chong Daniel A. Aspectos biosicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Jun [citado 30 Abr 2014]; 28(2): 79-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es

10. Estilo de vida y auto percepción sobre salud mental en el adulto mayor. MEDISAN [Internet]. 2014 Ene [citado 30 Abr 2014]; 18(1): 61-7. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_1_14/san09114.pdf
11. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 278/2003. La Habana: MINSAP; 2003.
12. Lig Long Rangel C. Apoyo psicopedagógico al desarrollo personal de los adultos mayores desde la cátedra universitaria [Internet]. Santiago de Cuba, Cuba: Universidad de Ciencias Pedagógicas « Frank País García»; 2010 [citado 30 Abr 2014]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/477/>
13. OMS/OPS: panorama de la salud en la región, panorama de la salud en las Américas. México: OMS/OPS; 2007.
14. Despaigne Vinent M, Jiménez Betancourt E, Martínez Despaigne B. Intervención educativa sobre violencia a integrantes de la Universidad del Adulto Mayor. MEDISAN [Internet]. 2011 Ene [citado 30 Sept 2013]; 15(1): 105-11. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_1_11/san15111.htm
15. Vidal Ledo M, Rosa Lemus E. Docencia de presgrado en Atención Primaria de Salud. Educ Med Super [Internet]. 2012. [citado 22 Jul 2013]; 26(2): 350-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000200016&lng=es&nrm=iso
16. Resolución XII. Informe sobre la conferencia mundial de educación médica. Documentos XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. XL Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Rev Cubana Educ Med Super [Internet]. 2000 [citado 02 Jun 2013]; 14(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_2_00/ems11200.htm

Lic. Margarita Castro Iglesias. Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional. Instructora. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: margara@princesa.pri.sld.cu