



Influencia de determinantes sociales en la calidad de vida del adulto mayor en Manzanillo

Influence of social determinants on the quality of life of the elderly in Manzanillo

Jorge Alejandro Palomino García¹, Dasha María Palomino García², Dasha María García Arias³

¹ Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Estudiante de 6^{to} año Medicina.

² Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Estudiante de 5^{to} año Medicina.

³ Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Ingeniera en Telecomunicaciones. Profesora auxiliar.

E-mail: jpgarcia083@gmail.com

Citación: Palomino-García JA, Palomino-García DM, García-Arias DM. Influencia de determinantes sociales en la calidad de vida del adulto mayor en Manzanillo. 2 de Diciembre. 2018 enero-mayo; 1(1):26-36.

Fecha de envío: 26/4/18

Fecha de aceptación: 29/4/2018

Fecha de publicación: 25/5/18

Tipo de revisión: con revisión a doble ciego

Palabras clave: Determinantes sociales, calidad de vida, adulto mayor

Keywords: Social determinants, quality of life, older adult

Resumen

Introducción: El enfoque actual de la salud en un país envejecido reclama conocimientos sólidos de los determinantes sociales e individuales de la salud.

Objetivo Identificar el patrón de los factores que conllevan a una predisposición superior a clasificar los adultos mayores de Manzanillo con una calidad de vida media o baja.

Material y Métodos: Se realizó un estudio analítico transversal desde octubre del 2015 hasta diciembre del 2016. Se entrevistaron 108 adultos mayores seleccionados por el muestreo simple aleatorio residentes en las áreas de salud 3 y 4 del Policlínico No 1 de Manzanillo. Para valorar la calidad de vida se utilizó la Escala MGH.

Resultados: Con calidad de vida percibida alta solamente hay 28 adultos para un 25.9%. Hay 3 determinantes que aportan los mayores porcentajes en los adultos estudiados: el 63% con ingresos bajos, el 66.7% con una vida social activa y el 85.2% con una alimentación no balanceada. En el árbol de clasificación se observa que existen 2 rutas críticas que todos los que la tienen se clasifican en calidad de vida media o baja, estas son: Condiciones aceptables en la vivienda + Ingresos no bajos + Vida social pasiva = 12 personas, y Condiciones aceptables en la vivienda + Ingresos bajos = 28 personas, ambos valores representan el 100% de los que tienen esta combinación de factores.



Conclusiones: Los ingresos y las condiciones objetivas de vivienda no determinan la calidad de vida que percibe el adulto mayor en Manzanillo.

Abstracts

Introduction: The current approach to health in an aging country requires solid knowledge of the social and individual determinants of health.

Objective To identify the pattern of the factors that lead to a higher predisposition to classify older adults in Manzanillo with a medium or low quality of life.

Material and Methods: A cross-sectional analytical study was conducted from October 2015 to December 2016. 108 seniors selected by randomized simple sampling were interviewed in residents of health areas 3 and 4 of Manzanillo Polyclinic No. 1. To assess the quality of life the MGH Scale was used.

Results: With high perceived quality of life there are only 28 adults for a 25.9%. There are 3 determinants that provide the highest percentages in the adults studied: 63% with low income, 66.7% with an active social life and 85.2% with an unbalanced diet. In the classification tree it is observed that there are 2 critical routes that all those who have it are classified in quality of average or low life, these are: Acceptable conditions in the house + Not low income + Passive social life = 12 people, and Conditions Acceptable in housing + Low income = 28 people, both values represent 100% of those who have this combination of factors.

Conclusions: Income and objective housing conditions do not determine the quality of life perceived by the elderly in Manzanillo.

Introducción

En un artículo publicado por Rojas Ochoa, ¹ recuerda que en un texto de 1790, Johan Peter Frank en su discurso en la Universidad de Pavía a los doctores que se graduaban, denunció el más importante determinante de la salud, la miseria del pueblo como madre de las enfermedades. Dice además que los investigadores de la pobreza y las iniquidades que genera el hambre han sido muchos, que es un problema muy conocido, pero no se avanza en su solución.

Si bien es cierto que la atención médica puede prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico después de las enfermedades graves, son las condiciones sociales y económicas las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general, ya que son las que hacen que las personas enfermen y necesiten atención médica.²

El enfoque actual de la salud en un país envejecido reclama conocimientos sólidos de los determinantes sociales e individuales de la salud, aparte de los conocimientos imprescindibles sobre la etiología y patogénesis de las enfermedades.³

El proceso de envejecimiento en Cuba, con un ritmo muy elevado y como uno de los tres países más envejecidos de la América Latina no se ha comportado similar al de otros países, las cifras globales están, tanto nacionales como provinciales, pero sin estudios más detallados no se dispone de una imagen exacta del fenómeno, por ello se debe profundizar en las investigaciones para poder estratificarlo en cada territorio; asimismo diseñar e implementar estrategias tendientes a mejorar las condiciones de vida del adulto y la atención diferenciada, sistemática y de calidad a este grupo poblacional, frágil y vulnerable, y es necesario



delimitar las características propias de cada lugar.⁴

En Cuba actualmente viven más de 2 millones de adultos mayores (más de 60 años), lo que representa el 19,2% de la población. Si se compara este dato con el de 1970 que era de 9%, se puede señalar que ha tenido un porcentaje de cambio de +103,3%, esta ha sido la consecuencia demográfica más trascendente debido fundamentalmente a la disminución de la natalidad en el país, pues las tasas de reproducción han variado desde 1970 al 2015 de la siguiente forma: la tasa global de fecundidad (hijos por mujer) de 3,70 a 1,72 y la tasa bruta de reproducción de 1.80 a 0,83 hijas por mujer.⁵ La primera mencionada ha disminuido en 113,9% y la segunda en 114,3%. Además es necesario mencionar que está previsto que Cuba para el 2020 habrá un 21,5 % de adultos mayores, en el 2030 alrededor del 30 % y finalmente en el 2050 el pronóstico es que haya 36,2 % de personas con 60 años y más y Cuba estará entre los países más envejecidos del mundo.⁶

Lorenzo Pérez⁷ refiere que envejecer es asumido por muchos como una etapa de sufrimiento y agonía por lo que no solo se debe hablar de un envejecimiento de la población cubana, sino que a la par debe dialogarse de un rejuvenecimiento del envejecimiento. El incremento de la longevidad no debe constituir la única meta de la ciencia contemporánea, a ello deberá añadirse una mejoría de la calidad de vida de la población longeva, es decir el reto actual no está solo en agregar más años a la vida, sino en aportar más vida a los últimos años.⁸

El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especiales dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios

durante las últimas décadas. La vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social, razón por la cual actualmente, los estudios de calidad de vida se dirigen a conocer y trabajar los indicadores objetivos de la calidad de vida de los individuos que influyen en su bienestar. La calidad de vida no se mide, sino se valora o estima a partir de la actividad humana, su contexto histórico, sus resultados y su percepción individual. En Cuba se diseñó un instrumento para estimar la calidad de vida percibida que es usado en esta investigación y se conoce como MGH.⁹

Para responder a cuestiones como cuáles son los factores que influyen sobre la salud y la calidad de vida de las personas y las sociedades, cómo se explica la variabilidad social respecto de la salud o de la esperanza de vida de las personas dentro de un país, entre países o dentro de una ciudad, o cómo superar la brecha de desigualdad entre unos grupos sociales y otros, se debe disponer de marcos de análisis y reflexión que han ido construyéndose sobre el conocimiento sucesivo de las revisiones sobre el concepto de salud y sus determinantes desarrolladas a lo largo del siglo XX hasta la actualidad.¹⁰

Modificar los determinantes en función de mejorar la calidad de vida del adulto mayor en una población muy envejecida como la de Cuba que cuenta hoy con un incremento de los longevos (según los últimos datos hay cerca de 3865 centenarios en toda la isla),¹¹ constituye una necesidad primordial, y para ello es necesario profundizar en cuáles son los determinantes que de manera individual o



escalonadamente afecten la misma. Teniendo en cuenta que en Manzanillo no se ha hecho una precisión de estas particularidades en el adulto mayor se plantea el siguiente problema: se desconocen cuáles combinaciones de los determinantes sociales conllevan a una predisposición superior a clasificar los adultos mayores con una calidad de vida media o baja.

El conocimiento de estas particularidades le permitirá a los distintos niveles de organizaciones gubernamentales trazar estrategias de trabajo y tomar decisiones para mejorar la calidad de vida del donde se debe valorar sistemáticamente la implementación de las políticas de atención a la tercera edad y reevaluar el trabajo que se realiza en cada contexto concreto, utilizando la estructura sociopolítica, el Sistema Nacional de Salud y las organizaciones del adulto mayor, y colaborar con el gran reto de la geriatría que consiste más que en prolongar la vida, mejorar la calidad hasta el momento de la muerte, es decir, aumentar cada vez más la proporción de las personas ancianas con vida independiente.

Hipótesis de investigación: la combinación de determinantes propician una predisposición superior a clasificar los adultos mayores con una calidad de vida media o baja.

Objetivo

General: Establecer la relación de determinantes sociales con la calidad de vida percibida en el adulto mayor en Manzanillo.

Específicos:

1. Determinar de forma univariada la relación de los determinantes sociales y la calidad de vida en los adultos mayores.
2. Identificar el patrón de los factores que conllevan a una predisposición superior a

clasificar los adultos mayores de Manzanillo con una calidad de vida media o baja.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional analítico transversal con el objetivo de identificar el patrón de los factores que conllevan a una predisposición superior a clasificarlos con una calidad de vida media o baja, haciendo uso de la escala MGH que evalúa, a través de 34 ítems, la calidad de vida percibida en el adulto mayor, en pacientes del área del Poli 1 de Manzanillo. El estudio se realizó desde octubre del 2015 hasta diciembre del 2016.

La población estuvo constituida por los adultos mayores residentes en las áreas de los Consultorios Médicos de la Familia 3 y 4 del policlínico No 1 de Manzanillo Francisca Rivero Arocha que al momento de comenzar el estudio eran un total de 596, seleccionándose 108 por el muestreo simple aleatorio.

El tamaño de la muestra se calculó por la fórmula recomendada por las normas EPIC para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Después de sustituir los valores se obtuvo un $n=108$, se trabajó con una precisión del 2% y seguridad del 95%.

Criterios de inclusión:

1. Criterio de voluntariedad de participar en la investigación.
2. Ausencia de otra enfermedad invalidante, que afectara su capacidad intelectual o física para responder las preguntas de la entrevista.

Los criterios de salida que se tomaron en cuenta fueron:



1. No responder completamente la entrevista o abandonar la misma en el momento que lo expresaran.

A cada una de los participantes se les pidió el consentimiento informado en el que se explica el propósito del estudio, la forma del procedimiento para obtener la información, es decir la entrevista que se les realizará, los beneficios y su declaración de voluntariedad.

Existen diferentes modelos para explicar los determinantes de las desigualdades en salud. En el estudio se utilizó el modelo de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹² Teniendo en cuenta este modelo en el estudio se utilizaron las siguientes variables de dos de los factores establecidos por el modelo:

- Factores estructurales: Sexo, Edad, Educación, Nivel de Ingresos.
- Factores intermediarios: Condiciones en la vivienda, Alimentación, Vida social.

Las variables utilizadas fueron:

- Sexo: según sexo biológico.
- Edad: según los años cumplidos con las categorías: < 75 y ≥ 75 .
- Educación: con las categorías Baja y Media o alta, considerando baja cuando se tenía 9no grado o menos.
- Ingresos: con las categorías Bajos y No bajos, considerando bajos cuando sus ingresos totales están por debajo de 500 CUP.
- Condiciones aceptables en la vivienda: Sí o No; Sí, cuando cuentan con al menos con 7 de las necesidades básicas en el hogar referidas en el instrumento.
- Alimentación balanceada: Sí o No, Sí, cuando consumen diariamente el 80% de los alimentos propuestos en la dieta para

adultos mayores propuesta por Martín González.¹³

- Vida social: Activa o Pasiva, Activa se consideró a quienes realizan varias formas de distracción o están incorporados a instituciones sociales.
- Calidad de vida: según el resultado del instrumento MGH¹⁴ en Alta (entre 103 y 136 puntos), Media (entre 69 y 102 puntos) y Baja (entre 34 y 68 puntos).

Se realizó la investigación cumpliendo con todas las etapas del proceso investigativo y se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente para respetar el principio de autonomía y se cumplió, además, con el de no maleficencia. La información se protegió para ser usada solamente por quien la procesó para lograr su confiabilidad.

En el estudio se utilizó la modalidad de entrevista asistida por personas previamente adiestradas y con nivel universitario sin terminar que en este caso fueron estudiantes de Medicina, con tres o más años de estudio. Las entrevistas se realizaron en la casa de las personas escogidas.

Se confeccionó una base de datos en Microsoft Access y se procesaron los datos haciendo uso del Microsoft Excel y el SPSS versión 11.5 para la construcción del árbol de clasificación. Se utilizó estadística descriptiva en términos de frecuencias absolutas y porcentajes.

Los determinantes sociales y la calidad de vida se relacionaron utilizando la prueba de independencia o chi cuadrado (χ^2), partiendo de la hipótesis estadística:

Ho: existe independencia entre la calidad de vida y los determinantes sociales.

Para la prueba de independencia se calculó el valor de probabilidad (p) haciendo uso del test



de chi cuadrado, estableciendo significancia estadística cuando $p < 0.05$, es decir para estos valores de probabilidad se rechaza la hipótesis planteada de independencia.

El patrón de los factores que conllevan a una predisposición superior a clasificar los adultos mayores de Manzanillo con una calidad de vida media o baja se construyó por el método CHAID

(detección automática de interacciones mediante chi-cuadrado) y se construyó un árbol de clasificación que es un procedimiento no paramétrico de predicción de una variable dependiente o respuesta sobre la base de un conjunto de predictores o variables independientes.

Resultados

Tabla 1. Calidad de vida percibida y su comportamiento según determinantes sociales.

Determinantes sociales		Calidad de vida				Total		Valor de p
		Alta		Media o baja				
		No	%	No	%	No	%	
Sexo	Fem	16	28,6	40	71,4	56	51,9	0.51
	Masc	12	23,1	40	76,9	52	48,1	
Edad	≥ 75	12	23,1	40	76,9	52	48,1	0.51
	< 75	16	28,6	40	71,4	56	51,9	
Educación	Baja	12	20,0	48	80,0	60	55,6	0.11
	Media o alta	16	33,3	32	66,7	48	44,4	
Ingresos	Bajos	16	23,5	52	76,5	68	63,0	0.45
	No bajos	12	30,0	28	70,0	40	37,0	
Condiciones aceptables en la vivienda	Si	8	14,3	48	85,7	56	51,9	0.004
	No	20	38,5	32	61,5	52	48,1	
Alimentación balanceada	Si	4	25,0	12	75,0	16	14,8	0.92
	No	24	26,1	68	73,9	92	85,2	
Vida social	Activa	20	27,8	52	72,2	72	66,7	0.53
	Pasiva	8	22,2	28	77,8	36	33,3	
Total		28	25,9	80	74,1	108	100	



En la tabla 1 se relacionan los determinantes sociales de acuerdo a la calidad de vida y los resultados de la prueba de independencia.

Analizando los totales por columnas se aprecia que con calidad de vida percibida alta, solamente hay 28 adultos para un 25,9%.

En las personas que perciben su calidad de vida alta, las mayores diferencias en el comportamiento de las categorías de los determinantes se observan en las condiciones aceptables en la vivienda, que singularmente hay un 38,5% que a pesar de no tener condiciones aceptables en la vivienda perciben su calidad de vida alta, en cambio de los que sí tienen mejores condiciones en la viviendasolamente el 14,3% la perciben alta.

En las personas que perciben su calidad de vidamedia o baja, las mayores diferencias en el comportamiento de las categorías de los determinantes se observan en la educación y en las condiciones aceptables en la vivienda. En la primera referidaencontramos que el 80,0% de los que tienen una educación baja perciben su calidad de vida media o baja, y en la segunda el 85,7% de los que tienencondiciones aceptables en la vivienda, perciben media o baja su calidad de vida.

En los totales por filas, las categorías de los determinantes se comportan similares en el sexo, la edad, la educación y las condiciones aceptables en la vivienda, no ocurre así con los ingresos, la alimentación balanceada y la vida social en los que el 63% tiene ingresos bajos, el 66.7% una vida social activa y el 85.2% una alimentación no balanceada.

La prueba de independencia tiene significación en las condiciones aceptables en la vivienda, lo que se interpreta como que no existe independencia entre la variable y la calidad de vida percibida.

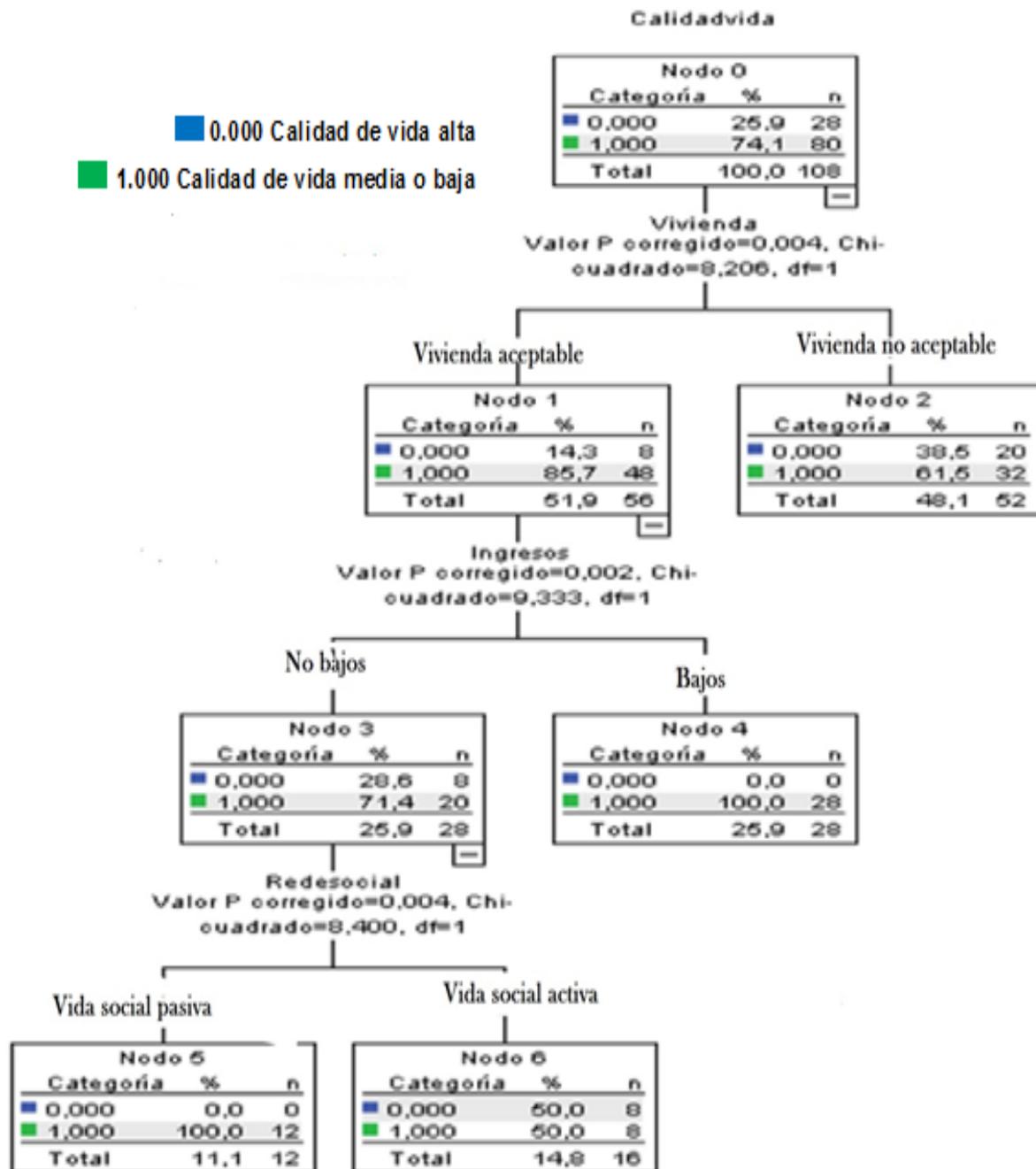
En los resultados del análisis multivariado a través del árbol de clasificación que indica el patrón de los factores que conllevan a una predisposición superior a clasificar los adultos mayores de Manzanillo con una calidad de vida media o baja, se aprecia que el primer nodo se forma con las condiciones de la vivienda, el segundo se forma con las condiciones aceptables de vivienda y los ingresos y el tercero con las condiciones aceptables de vivienda, los ingresos no bajos y la vida social, para identificar finalmente dos rutas críticas fundamentales:

1. Condiciones aceptables en la vivienda + Ingresos no bajos + Vida social pasiva
2. Condiciones aceptables en la vivienda + Ingresos bajos

En los 3 nodos se aprecia que según el valor de chi cuadrado y la probabilidad asociada, que es menor que 0,01, se reafirma la relación entre las variables. En la primera ruta terminan 12 adultos y en la segunda ruta terminan 28 adultos, esto representa el 100% los que tienen una calidad de vida media o baja.



Gráfico 1. Árbol de clasificación con el patrón de los factores que conllevan a una predisposición superior a clasificarlos con una calidad de vida media o baja.





Discusión de los Resultados

En la tabla 1 se analizan los determinantes de forma univariada, como se observa, no se aprecia influencia de la mayoría en la calidad de vida percibida, solamente en las condiciones aceptables en la vivienda; sin embargo, en el gráfico No 1 del árbol de clasificación en el que se tiene en cuenta la interrelación de las variables, existen rutas que quienes las cumplen en su totalidad perciben una calidad de vida media o baja.

Vale señalar que en estudios realizados se plantea que una buena dieta y un suministro de comida adecuado constituyen dos de los factores más determinantes en la promoción de la salud y el bienestar. Una carencia de comida o la falta de variedad provocan desnutrición y enfermedades carenciales. Un consumo excesivo (considerado también como malnutrición) contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad y caries dental. La escasez de alimentos convive hombro con hombro con la abundancia de alimentos. La cuestión relevante en materia de salud pública es la disponibilidad y el coste de la comida sana y nutritiva. El acceso a alimentos buenos y asequibles marca más la diferencia de lo que come la gente que la educación para la salud que puedan recibir.²

Se hace válido para todos reflexionar acerca de conclusiones que investigadores cubanos han planteado en sus estudios como esta: parte de los retos de los años venideros conducen, inexorablemente, a un cambio en las necesidades y las obligaciones de los miembros de la familia en cuanto a los cuidados de la tercera edad. Ello presupone también cambios importantes en la dinámica familiar y con ello, la aparición de nuevas demandas sociales. Esto, sin

olvidar que los ancianos del futuro y muchos actualmente pertenecen a generaciones que han experimentado unas mejores condiciones de vida, no solo desde el punto de vista económico, sino también cultural y social por lo tanto son ancianos mucho más instruidos, más calificados, más urbanos, más informados, y, en consecuencia, más independientes. Por tanto, se hace difícil imaginar la presencia de un número creciente de personas viviendo en una sociedad que les ofrece pocos roles sociales con verdadero significado, de lo contrario, no podrá mantenerse su adecuado funcionamiento.¹⁵

Realmente la calidad de vida depende de muchos factores y no solamente una buena atención médica es de importancia fundamental, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que socavan la salud de la personas y es meritorio tener en cuenta que el envejecimiento saludable se define como «el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez». Esta capacidad funcional viene determinada por la capacidad intrínseca de la persona (es decir, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales así como las psicosociales de una persona), los entornos en los que vive (entendidos en el más amplio sentido, que incluye los entornos físicos, sociales y normativos), y la relación entre ambos. Por lo tanto hay que tener en cuenta los resultados de este estudio y otros para trazar estrategias y elevar la calidad de vida percibida por los adultos mayores.¹⁶

Conclusiones

- Con calidad de vida percibida alta hay un pequeño porcentaje de adultos mayores y las 3 determinantes que aportan los



mayores porcentos en los adultos estudiados son ingresos bajos, vida social activa y una alimentación no balanceada.

- En el análisis univariado solamente las condiciones aceptables en la vivienda tienen una relación significativa con la calidad de vida, pero, paradójicamente, un elevado porcentaje de los que viven en condiciones aceptables perciben su calidad de vida regular o mala pues las personas individualmente tratan de moldear su vida de manera que la puedan disfrutar plenamente.
- De forma multivariada indica el patrón que los factores que conllevan a una predisposición superior a clasificar los adultos mayores de Manzanillo con una calidad de vida media o baja son:
 - Condiciones aceptables en la vivienda + Ingresos no bajos + Vida social pasiva.
 - Condiciones aceptables en la vivienda + Ingresos bajos.

Referencias

1. Rojas Ochoa F. Determinantes sociales de la salud y la acción política. Humanida. Méd [Internet]. 2013 [citado 03 May 2018]; 13(2): [aprox. 13p.]. Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/446>
2. Wilkinson R, Marmot R, editores. Los hechos probados: los determinantes sociales de la salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 10 sep 2016]. [aprox. 32p.]. Disponible en: <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
3. Thielmann K, Illnait Ferrer J, Clark Arxer I. Determinantes individuales y sociales de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Jun [citado 26 Abr 2017]; 39(2): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200011&lng=es.
4. Naranjo Hernández Ydalsys. El envejecimiento de la población en Cuba: un reto. GacMédEspirit [Internet]. 2015 Dic [citado 24 Mayo 2018]; 17(3): [aprox. 3p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300003&lng=es.
5. Anuario Estadístico de Salud 2015. Ministerio De Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2015-esp-e.pdf> [Consulta 12 Oct 2016].
6. Silva Correa Yenia. ¿Por qué Cuba es un país envejecido? Periódico Granma [Internet]. 8 Jun 2017; Secc. Cuba. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2017-06-03/por-que-cuba-es-un-pais-envejecido-03-06-2017-13-06-20>
7. Lorenzo Pérez O. Estudio de caso sobre condiciones de trabajo en adultos mayores de la comunidad el Mallorquín, municipio de Alquizar, provincia de Artemisa. Revista Novedades en población [Internet]. 2011 [citado 13 May 2017]; 7(14): [aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/viewFile/172/205>
8. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y cambios demográficos [Internet]. Washington: Regional Office for the Americas of the World Health Organization; 2017 [citado 9 Dic 2017]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=314&lang=es



9. Álvarez Pérez MS. Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la tercera edad [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1996.
10. Palomino Moral P, Grande Gascón M, Linares Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología (RIS) [Internet]. 2014 Jun [citado 27 Sep 2017]; 72(extra 1): [aprox. 20p.]. Disponible en: <http://apsredes.org/wp-content/uploads/2014/08/laSaludYSusDeterminantes.pdf>.
11. Naranjo Hernández Y, Figueroa Linares M, Cañizares Marín R. Envejecimiento poblacional en Cuba. GacMédEspirit [Internet]. 2015 Dic [citado 27 Sep 2017]; 17(3): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000300025&lng=es.
12. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado 5 Feb 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf.
13. Martín González I, Plasencia Concepción D, González Pérez T. Manual de dietoterapia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001.
14. Bayarre Vea H, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Geroinfo [Internet]. 2006 [citado 1 Sep 2016]; 1(3): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf.
15. Benítez Pérez, ME. Envejecer en Cuba: mucho más que un indicador demográfico. Rev Nov Pob [Internet]. 2015 [citado 26 abr 2017]; 11(22): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000200002&lng=es&nrm=iso
16. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: 69.^a Asamblea Mundial de la Salud; 2016 Abr [citado 25 Feb 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.