



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Análisis del Impacto en la Calidad de vida percibida por personas mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes.

D. Arturo Ignacio Flores Riquelme
2024



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Análisis del Impacto en la Calidad de vida percibida por personas mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes.

Autor: D. Arturo Ignacio Flores Riquelme

Director/es: D. Diego Hellín Meseguer



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. Arturo Ignacio Flores Riquelme

doctorando del Programa de Doctorado en

Doctorado en Salud Discapacidad, Dependencia y Bienestar

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Análisis del Impacto en la Calidad de vida percibida por personas mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes.

y dirigida por,

D./Dña. Diego Hellín Meseguer

D./Dña.

D./Dña.

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 23 de Septiembre de 2024

Fdo.: Arturo Ignacio Flores Riquelme

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

RESUMEN

Introducción: El proceso de envejecimiento poblacional conllevará un aumento de los problemas de salud en las personas mayores, lo que se traducirá en una pérdida de funcionalidad, bienestar y, por ende, en un descenso de la calidad de vida. De allí que el desafío de los países sea cómo abordar y evaluar el impacto que los programas y servicios ofrecidos a nivel estatal generan en la calidad de vida con el propósito de frenar la aparición de fragilidad y posterior progresión de dependencia. Chile es uno de los países con mayor esperanza de vida en América Latina y con iniciativas estatales que buscan frenar el deterioro funcional de las personas mayores. En este sentido, se pone en marcha el Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes (AMA) que corresponde a una intervención preventiva en salud, mediante la participación de personas mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva.

Objetivo: El objetivo general fue analizar el impacto en la calidad de vida percibida en personas mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes. Además se buscó conocer y analizar las características sociodemográficas, analizar los cambios en la calidad de vida percibida y proponer recomendaciones para intervenciones futuros.

Metodología: Se realizó un estudio analítico longitudinal prospectivo con vía cuantitativa en personas mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes, utilizando el instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). El estudio se efectuó en dos etapas, un estudio piloto (n=15) y un estudio final (n=42).

Resultados: En el estudio piloto, se evidencia una mejora en los puntajes medios entre las evaluaciones iniciales y finales, en la aplicación de la prueba de Wilcoxon, se muestran resultados estadísticamente significativos en la percepción general de calidad de vida ($p=.004$), salud física ($p<.001$) y factores ambientales ($p=.003$).

Los resultados del estudio final, muestran mejoras tanto en el puntaje promedio como en los resultados estadísticamente significativos en la calidad de vida de los participantes. La prueba T-Student reveló efectos significativos en todas las dimensiones evaluadas en la WHOQOL-BREF, confirmando la efectividad que genera un programa estatal en un segmento prioritario.

Conclusión: Los resultados del estudio piloto sugieren que la implementación de acciones que mejoren la autonomía y participación de las personas mayores como las intervenciones propuestas en el programa MAS AMA, impactan de manera positiva en la calidad de vida percibida. Se muestra un desarrollo favorable en los ámbitos percepción de calidad de vida en general, salud física y factores ambientales, dimensiones en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, en los resultados del estudio final muestran resultados estadísticamente significativos en todas las dimensiones del WHOQOL-BREF.

ABSTRACT

Introduction: The process of population aging will lead to an increase in health problems in the elderly, which will result in a loss of functionality, well-being and, therefore, in a decline in the quality of life. From there, the challenge of the countries is how to address and evaluate the impact that the programs and services offered at the state level generate at the quality of life with the purpose of slowing down the appearance of frailty and subsequent progression of dependence. Chile is one of the countries with the highest life expectancy in Latin America and with state initiatives that seek to slow down the functional deterioration of the elderly. In this sense, the *MAS Adultos Mayores Autovalentes (AMA) Program* is being launched, which corresponds to a preventive health intervention, through the participation of older people in group activities for health education and self-care, functional stimulation and cognitive stimulation.

Objective: The general objective was to analyze the impact on the perceived quality of life of older people who participate in the *MAS Adultos Mayores Autovalentes program*. In addition, the aim was to understand and analyze the sociodemographic characteristics, analyze the changes in the perceived quality of life and propose recommendations for future interventions.

Methodology: A prospective longitudinal analytical study was conducted with a quantitative approach in older people who participate in the *MAS Adultos Mayores Autovalentes program*, using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) instrument. The study was conducted in two stages, a pilot study (n=15) and a final study (n=42).

Results: In the pilot study, an improvement in the mean scores between the initial and

final evaluations was evident. In the application of the Wilcoxon test, statistically significant results were shown in the general perception of quality of life ($p=.004$), physical health ($p<.001$) and environmental factors ($p=.003$).

The results of the final study show improvements both in the mean score and in the statistically significant results in the quality of life of the participants. The T-Student test revealed significant effects in all the dimensions evaluated in the WHOQOL-BREF, confirming the effectiveness generated by a state program in a priority segment.

Conclusion: The results of the pilot study suggest that the implementation of actions that improve the autonomy and participation of older people, such as the interventions proposed in the MAS AMA program, have a positive impact on perceived quality of life. A favorable development is shown in the areas of general perception of quality of life, physical health and environmental factors, dimensions in which statistically significant differences were found. On the other hand, the results of the final study show statistically significant results in all dimensions of the WHOQOL-BREF.

Clasificación UNESCO

3212 Salud Pública

5206 Características de la población

03 Envejecimiento de la población

6310 Problemas sociales

09 Calidad de vida

Términos TESAURO

321200 Salud Pública

611203 Políticas Sociales Públicas

520603 Envejecimiento de la población

631009 Calidad de Vida

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	17
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1. Envejecimiento poblacional	19
2.2. Factores Sociodemográficos del envejecimiento	21
2.3. Calidad de vida	22
2.4. Calidad de vida en la persona mayor	23
2.5. Políticas públicas relacionadas con el envejecimiento	24
2.6. Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes (MAS AMA)	27
3. HIPÓTESIS	30
4. OBJETIVOS	31
4.1. Objetivo General	31
4.2. Objetivos Específicos	31
5. METODOLOGÍA	32
5.1. Tipo de estudio:	32
5.2. Periodo y lugar donde se desarrolló el estudio:	32
5.3. Población de estudio:	32
5.3.1. Criterios de elegibilidad:	32
5.4. Variables:	33
5.4.1. Variables de interés	33
5.5. Procedimientos:	36
5.6. Instrumentos de medición:	37
5.6.1. Cuestionario de Entrevista inicial:.....	37
5.6.2. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF):	38
5.7. Consideraciones éticas:	39
5.7.1. Consentimiento informado	39
5.7.2. Comité de ética	39

5.8.	Análisis Estadístico	40
5.8.1.	Tamaño Muestral:.....	40
5.8.2.	Variables:.....	40
5.8.3.	Análisis Estadístico:	41
5.8.4.	Paquete Informático.....	41
6.	RESULTADOS.....	42
6.1.	Resultados Estudio Piloto	42
6.1.1.	Caracterización de la población.....	42
6.1.2.	Resultados World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF): 42	
6.2.	Resultados Estudio Final.....	45
6.2.1.	Caracterización de la población.....	45
6.2.2.	Resultados World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF): 49	
7.	DISCUSIÓN	53
8.	CONCLUSIONES.....	57
9.	ANEXOS.....	58
9.1.	Anexo 1: Instrumento de Caracterización Socioeconómica	58
9.2.	Anexo 2: World Health Organization Quality of Life.....	59
9.3.	Anexo 3: Consentimiento Informado.....	62
9.4.	Anexo 4: Acta de Aprobación Comité de Ética Científica.....	67
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	70

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Componentes subjetivos y objetivos de la calidad de vida	23
Ilustración 2: Flujograma de procedimientos de la investigación	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población global de 60 años y más en los años 1980, 2017, 2030 y 2050.....	20
Tabla 2: Fórmula para el cálculo de puntajes WHOQOL-BREF.....	38
Tabla 3: Media (Desviación Estándar) de las dimensiones de calidad de vida en función de la edad y sexo para la evaluación inicial.....	43
Tabla 4 Media (Desviación Estándar) de las dimensiones de calidad de vida en función de la edad y sexo para la evaluación final.	43
Tabla 5: Características sociodemográficas de la muestra estudiada.....	48
Tabla 6: Comparación puntuaciones iniciales y finales Escala Calidad de vida.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: PM según edades, 60 años y más, 1992-2021.....	21
Gráfico 2: Distribución por edad y sexo de la muestra	45
Gráfico 3: Distribución de estados civiles de la muestra estudiada	46
Gráfico 4: Distribución de las principales fuentes de ingreso.....	47
Gráfico 5: Puntuaciones promedios de las evaluaciones iniciales y finales de las diferentes dimensiones de WHOQOL-BREF.....	51
Gráfico 6: Puntuaciones globales del WHOQOL-BREF.	51

1. INTRODUCCIÓN

En Chile hay 3.472.243 personas mayores (60 años y más), lo que representa un 20% de la población (Instituto Nacional de Estadísticas, 2022). Siendo el grupo de la población que más ha crecido en estos 20 años es el de las personas de 80 años y más (CEPAL, 2021).

Según estadísticas del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2018), este ha sido un grupo de la población que ha cambiado en los últimos años, encontrando un aumento en la esperanza de vida, en el promedio de años de escolaridad (8,3 años) y disminución del porcentaje de personas mayores que no saben leer ni escribir. Además, un 82% de las personas mayores sin dependencia funcional y que sigue trabajando (27%) y que participa en organizaciones de la sociedad civil (35,5%).

Ante el incremento de las tasas de dependencia, el impacto económico y social del envejecimiento, se hace imprescindible generar programas que permitan mejorar la autovalencia y calidad de vida de las personas mayores (Panamerican Health Organization, 2011).

El Ministerio de salud (2015) define el envejecimiento activo como el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas. En este sentido, la capacidad funcional o nivel de autonomía permite determinar la situación de salud en que se encuentra la persona mayor y asociarlo a su calidad de vida y grado de independencia para realizar sus actividades cotidianas, de acuerdo a la etapa de su ciclo vital, sus intereses personales y los roles que desempeña en la sociedad.

Considerando la transición demográfica y con el objetivo de aumentar su participación y promover su autovalencia de las personas mayores, el Gobierno de Chile pone en marcha el Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes (AMA). Este programa corresponde a una intervención preventiva en salud, mediante la participación de personas mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del

Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria (Ministerio de Salud, 2015). Contribuyendo con esto, a mejorar la calidad de vida de las personas mayores y prolongar su autovalencia.

Desde su implementación, su evaluación se basa en los cambios que se producen en la Evaluación de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) que se realiza en los centros de salud. Sin embargo, dado el propósito del programa, es necesario evaluar el impacto que las intervenciones propuestas por el programa MAS AMA tienen en la calidad de vida de las personas mayores y proponer posibles mejoras en su implementación.

Este estudio pretende responder a la pregunta de investigación ¿Cuál es el impacto en la calidad de vida percibida por las personas mayores participantes en el Programa MAS AMA?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Envejecimiento poblacional

La palabra vejez, tiene su origen en el latín '*veclus, vetulus*' que significa "persona de mucha edad" (Cardona & Peláez, 2012). El envejecimiento es un fenómeno que puede ser abordado desde distintas dimensiones, ya sea desde una perspectiva biológica, social, económica o cultural (Instituto Nacional de Estadísticas, 2022). Siendo un proceso irreversible que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico (Cardona & Peláez, 2012).

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales (Organización Mundial de la Salud, 2022). Es en este sentido, donde las acciones sanitarias y políticas que se propongan retrasar o enlentecer estos posibles deterioros, toman un rol fundamental.

En el último tiempo, ha existido un aumento en de este grupo etario convirtiéndose en un reto para las políticas y estrategias en salud (Creagh-Peña et al., 2015), donde todos los países están experimentando un incremento tanto en la cantidad como en la proporción de personas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2022), siendo considerada como una "mega tendencia" que caracteriza a la población mundial y que tendrá impactos sustanciales y duraderos en el desarrollo sostenible (Organización de Naciones Unidas, 2019). Esto además ha traído consigo una elevación de la expectativa de vida que ha sido configurado por el avance de las tecnologías del área de la salud, la valorización de la atención primaria a la salud, el desarrollo de políticas públicas saludables dirigidas a las personas mayores (Pilger et al., 2011).

El 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años (Berrío, 2012). Esperándose que, en 2050 una de cada seis personas en el mundo

tendrá más de 65 años (equivalente al 16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en 2019 (9%) (Organización de Naciones Unidas, 2019).

Por su parte, En Latinoamérica y el Caribe el proceso de envejecimiento es heterogéneo teniendo distintos niveles de avance dentro de los países de la región, desarrollándose a mayor velocidad que en otras regiones del mundo y donde existen componentes del contexto sociodemográfico que interfieren en dicho avance (Organización de Naciones Unidas, 2019).

En la **Tabla 1**, se presenta la población global de 60 años y más.

Tabla 1: Población global de 60 años y más en los años 1980, 2017, 2030 y 2050.

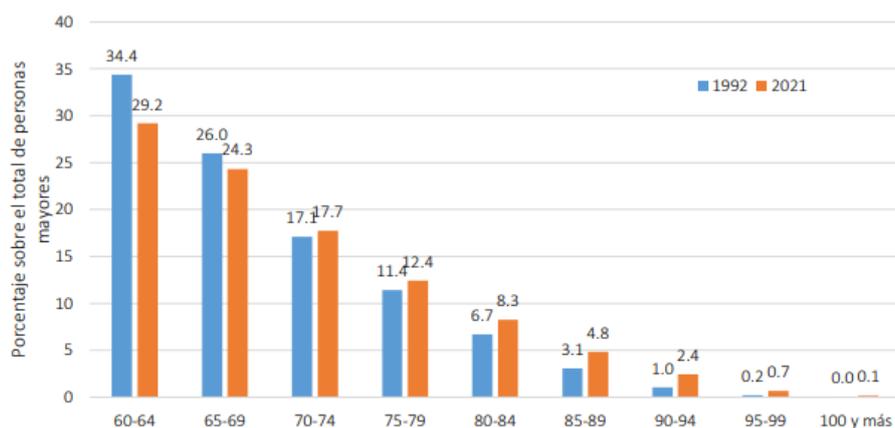
	<i>Proporción de personas ≥ 60</i>				<i>Proporción de personas ≥ 80</i>			
	<i>años</i>				<i>años</i>			
	1980	2017	2030	2050	1980	2017	2030	2050
<i>Mundo</i>	8,6	12,7	16,4	21,3	0,8	1,8	2,4	4,3
<i>África</i>	5,1	5,5	6,3	8,9	0,3	0,3	0,5	0,9
<i>Asia</i>	6,8	12,2	17,1	24,2	0,5	1,5	2,1	4,7
<i>Europa</i>	16,0	24,7	29,6	34,5	2,0	5,0	6,3	10,1
<i>América Latina y El Caribe</i>	6,5	11,8	16,6	25,4	0,6	1,8	2,6	5,6
<i>Norteamérica</i>	15,8	21,7	26,2	28,3	2,2	3,9	5,5	8,7
<i>Oceanía</i>	11,6	17	20,2	23,3	1,4	3,0	4,2	6,2

Fuente: (Albala, 2020)

En Chile, en el 2018 había 3.439.599 personas mayores (PM) (60 años y más), lo que representa un 19,3% de la población (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2018), esta cifra aumentó a 3.472.243 en el 2021, donde 2.904.173 corresponden a personas de entre 60 y 79 años (83,6%) y 568.070 corresponden a personas de 80 años y más (16,4%) (Instituto Nacional de Estadísticas, 2022).

En el **Gráfico 1**, se muestra la evolución del porcentaje de personas mayores (PM) de 60 años entre los años 1992 y 2021.

Gráfico 1: PM según edades, 60 años y más, 1992-2021



Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas, 2022)

2.2. Factores Sociodemográficos del envejecimiento

Las desigualdades sociales, económicas y políticas generan una serie de desventajas en torno a las personas mayores que los hacen vulnerables frente a otros grupos poblacionales. En este sentido, las condiciones económicas y sociales de los adultos mayores no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, sino del rol que cumple la familia y las relaciones entre sus miembros (Cardona & Peláez, 2012).

En relación con la seguridad económica en países como Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Panamá, cerca del 50% de las PM reciben exclusivamente de la seguridad social, lo que en muchos casos resulta insuficiente, por lo que la participación laboral de personas mayores se ve afectada en una relación directamente proporcional (CEPAL, 2006). En este sentido, El 7,9% de las PM está bajo la línea de la pobreza, señalando que sus ingresos no les alcanzan para cubrir la canasta básica alimentaria y no

alimentaria (Leiva et al., 2020). Por lo que deben continuar con actividades laborales o recibir ayuda de un tercero para satisfacer sus necesidades.

Junto con lo anterior, Leiva et al. (2020) señala que las PM en Chile tienen las siguientes características socioeconómicas:

- El 40,1% de las familias tiene una persona mayor entre sus integrantes y el 85% tiene como lugar de residencia contextos urbanos.
- A nivel de salud, las personas mayores presentan coexistencia de 2 o más enfermedades crónicas (multimorbilidad), condición que incrementa la demanda de cuidados a largo plazo y costos de salud asociado.
- El 38,3% de las personas mayores tiene dependencia en cualquiera de sus grados.

Considerando estas características sociodemográficas y la curva de envejecimiento tanto global como nacional, es meritorio que las políticas públicas e intervenciones sociosanitarias permitan mejorar la calidad de vida de las PM. Por lo que resulta importante conocer qué se entiende y qué comprende la calidad de vida.

2.3. Calidad de vida

La calidad de vida es definida por la (Organización Mundial de la Salud, 1997) como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Esta definición hace referencia a un concepto que puede comprender diversos niveles que pueden visualizar las demandas biológicas, económicas, sociales y psicológicas en forma individual hasta el nivel comunitario (Galván, 2014); considerando aspectos objetivos como subjetivos (Botero De Mejía & Pico, 2007; Galván, 2014). Relacionándose, además, con las experiencias de vida de cada persona (López et al., 2019).

En la **Ilustración 1** se muestran los componentes subjetivos y objetivos de la calidad de vida (Botero De Mejía & Pico, 2007):

Ilustración 1: Componentes subjetivos y objetivos de la calidad de vida

Aspectos Objetivos	Aspectos subjetivos
<ul style="list-style-type: none">• Que dependen el individuo• Utilización y aprovechamiento de potenciales intelectuales, emocionales, creadores• De circunstancias externas<ul style="list-style-type: none">• Estructura Socioeconómica• Estructura sociopsicológica• Estructura cultural• Estructura política	<ul style="list-style-type: none">• Grado de Satisfacción del individuo• Grado de realización de sus aspiraciones personales• Percepción personal y/o comunitaria de las condiciones de vida

Fuente: Botero De Mejía & Pico (2007)

La evaluación de la calidad de vida debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye lo físico, lo psicológico y lo social, siendo influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto (Robles-Espinoza et al., 2016). Pese a lo etéreo de esta idea, considerarla en los procesos evaluativos puede servir de medida de los resultados en la investigación relativa a los beneficios comparativos de los diferentes métodos terapéuticos (Organización Mundial de la Salud, 1996).

2.4. Calidad de vida en la persona mayor

Diversos estudios han estudiado la calidad de vida en las PM. A nivel internacional, se evidenció que los predictores más importantes de la satisfacción con la vida de los adultos mayores en Ecuador fueron la percepción de salud, la satisfacción con la situación económica actual, la importancia de la familia y la suma de los recursos percibidos relacionados con los alimentos (Arévalo-Avecillas et al., 2019).

En España, se asoció la presencia de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo II a una menor calidad de vida, menor realización de ejercicio físico y mayor presencia de desnutrición (Casals-Vázquez et al., 2017).

Por otro lado, un estudio desarrollado en México señala que el género es un factor que contribuye a percibir de manera distinta la calidad de vida entre hombres y mujeres, dado que aprecian y experimentan la movilidad física, el dolor y energía de manera distinta (López et al., 2019).

Estudios desarrollados en la población chilena, la pérdida de la funcionalidad, asociada a una menor velocidad en la marcha, podría relacionarse con una baja calidad de vida en las dimensiones función física, rol físico y función social (Robles-Robles et al., 2022). Esta situación empeora aún más, si se asocia calidad de vida con la existencia de discapacidad intelectual en PM, donde la autodeterminación y la inclusión social son las dimensiones más afectadas (Álvarez et al., 2023).

Por el contrario, se ha asociado una mejor calidad de vida a mayor apoyo social, funcionamiento familiar y autopercepción de la salud y entorno social (Gallardo-Peralta et al., 2022; Osorio et al., 2011). La mayoría de las personas mayores evalúan positivamente su calidad de vida en base a sus contactos sociales, dependencia, salud, circunstancias materiales y comparaciones sociales (Netuveli & Blane, 2008).

Se vuelve relevante observar la calidad de vida en este grupo etario y cómo las políticas públicas podrían influir en las características sanitarias y sociodemográficas de las PM.

2.5. Políticas públicas relacionadas con el envejecimiento

El envejecimiento poblacional obliga inevitablemente a un replanteamiento de las políticas demográficas y de salud, y es así como la preocupación en asuntos relacionados con los derechos del adulto mayor y los deberes en el interior de la familia y la sociedad se ha vuelto muy relevante (Panamerican Health Organization, 2011).

Junto con esto, el nuevo paradigma de la promoción de la salud se orienta a generar políticas públicas que potencien el envejecimiento de forma saludable (Pilger et al., 2011).

Los programas orientados a prevenir y revertir la dependencia de las personas mayores tienden a ser prioridad dado a que el estado funcional es el mayor determinante de calidad de vida de las personas mayores (Leiva et al., 2020).

Teniendo como base lo anterior, en Chile se ha implementado una serie de políticas públicas orientadas al bienestar de personas mayores. En orden cronológico, se encuentran (Álvarez et al., 2019):

- Año 2002, Ley N°19.828. Se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA): se crea como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se encuentra sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, tendiendo como objetivo promover y contribuir a un envejecimiento digno, activo y saludable mediante la implementación de políticas, programas y la articulación intersectorial, para fomentar la autonomía, independencia y participación de las personas mayores, contemplando la diversidad de experiencias en torno al envejecimiento y promoviendo la equidad de Derechos en hombres y mujeres mayores (Servicio Nacional del Adulto Mayor, n.d.).
- Año 2005, se crean programas y Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE): El Plan de Acceso a Universal a Garantías de salud, garantiza la cobertura de 87 enfermedades a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (Ministerio de Salud, 2023). Se consideran 4 garantías explícitas el (1) Acceso, (2) Oportunidad, (3) Protección Financiera y (4) Calidad (Superintendencia de Salud, n.d.).

- Año 2008, Reforma Previsional, se crea Pilar Solidario de Vejez: El Aporte Previsional Solidario de Vejez o Pilar Solidario de Vejez, era un apoyo económico para las personas que recibían una pensión menor a 520.366 pesos (\$520 USD, aproximadamente) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, n.d.-a).

Este aporte fue reemplazado por el beneficio de Pensión Garantizada Universal (PGU), que entrega un aporte de \$214.296 (\$214 USD) adicional a la pensión autofinanciada por los ahorros previsionales (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, n.d.-b).

- Año 2010, Ley 20.427, introduce el Maltrato al Adulto Mayor en la Legislación Nacional, modificando la Ley 20.006. En la Ley 20.427, se incluye el Artículo 3, inciso 1 que aborda la Prevención y Asistencia. “El Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas” (Lowick-Russell, 2010).
- Año 2012, SENAMA inicia la implementación de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025. Este conjunto de políticas busca promover los derechos de las PM de modo integral y otorgar posibilidades y oportunidades para favorecer su autonomía y prevenir la dependencia (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2013).

En este contexto, En el año 2008, Chile impulsa el Examen de Medicina Preventiva para el Adulto Mayor (EMPAM), como una iniciativa con foco preventivo y promocional de salud que permite pesquisar a las PM autovalentes con y sin riesgo, además de aquellas con riesgo de dependencia (Cornejo-Ovalle et al., 2022; Ministerio de Salud, 2014). En base a estos resultados, ingresan al Programa MAS AMA (Ministerio de Salud, 2015).

2.6. Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes (MAS AMA)

El programa MAS AMA corresponde a una intervención preventiva en salud, mediante la participación de las personas mayores (PM) en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria (Ministerio de Salud, 2015).

Esta estrategia tiene como propósito “Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria” (Ministerio de Salud, 2015).

Según lo establecido por las Orientaciones técnicas entregadas por Ministerio de Salud (2015), este programa se desarrolla a nivel nacional en aquellos centros dependientes de la Municipalidad o del Servicio de Salud que cuenten con más de 20.000 personas inscritas con el fin de prolongar su autovalencia en PM tendiendo como ejes transversales la intersectorialidad, promoción de salud, fomento de la participación social, trabajo comunitario y trabajo en equipo.

Para su ingreso, las PM son pesquisados a través del Examen de Medicina preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) como Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y en Riesgo de Dependencia para participar en el programa MAS AMA. El Programa busca potenciar la estimulación motriz y cognitiva; prevenir las caídas, promocionar el autocuidado y estilos de vida saludable, en 24 sesiones (de 90 a 120 minutos de duración) realizadas conjuntamente por un/a kinesiólogo/a y un/a terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud capacitado durante 3 meses (2 sesiones por semana) (Ministerio de Salud, 2015).

Durante estos 9 años de implementación, existen estudios exploratorios que han medido el impacto e implicancias de este programa en las PM:

- En relación con la percepción usuaria de beneficios en salud del programa MAS AMA, donde se realizaron focus group a 97 PM pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte de Santiago. En las entrevistas realizadas, las y los usuarios evidencian que los beneficios de la participación en el programa son más consistentes con dimensiones sociales y afectivas del bienestar y calidad de vida, En ellos se evidencian los beneficios percibidos tras la participación en el Programa, tales como: mejora en la función física, específicamente en agilidad, energía y movimiento; reducción en la percepción de soledad al sentirse en compañía y satisfechos de participar en la red social y territorial de la localidad donde viven; y cómo todo lo anterior, les permitió retomar actividades que al inicio del programa se encontraban disminuidas, recuperando incluso intereses y la participación en actividades previamente afectadas (Gajardo et al., 2020).
- En un estudio sobre las percepciones psicosociales de PM que participan en el programa MAS AMA en la comuna de Osorno, se entrevistaron a 10 usuarios donde se evidencia que la participación en el programa genera un impacto positivo en la percepción de la salud, en la participación social, redes de apoyo, favoreciendo la capacidad funcional que les permite realizar y mejorar sus actividades de la vida diaria (Martínez et al., 2018)
- A nivel de habilidades cognitivas, se evaluó a 17 PM participantes en el programa MAS AMA en la comuna de Concepción. Entre los resultados se encuentran que la participación en el programa tuvo un efecto positivo sobre las habilidades cognitivas de atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas y habilidades visuo - espaciales, encontrándose diferencias significativas para las habilidades de atención ($p=.003$), lenguaje ($p=.02$) y funciones ejecutivas ($p=.0002$) (Melo & Aravena, 2016).

Junto con lo anterior, existen estudios que han analizado a la población que participa en el este programa:

- Se estudió el uso de medicamentos y prescripciones potencialmente inadecuadas en 18 PM que participan en el Programa MAS AMA de la comuna de Valparaíso, donde se encontró un alto porcentaje de enfermedades cardiovasculares y endocrino-metabólicas encontrándose prescripciones potencialmente inadecuadas en el tratamiento de enfermedades crónicas (Lutz et al., 2020).
- Se analizó la relación entre la salud dental y la calidad de vida de PM participantes en el programa MAS AMA, analizándose el nivel desdentamiento y la autopercepción de calidad de vida. Se evaluó a 223 usuarios pertenecientes centros comunitarios de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso. En él se estableció una relación entre el mayor grado de desdentamiento y una mala calidad de vida ($p=.002$) (Aguilera et al., 2018).
- Se investigó la correlación entre masa muscular, percepción de calidad de vida, nivel de funcionalidad y fuerza presión manual en 16 PM participan en el Programa MAS AMA en la comuna de Valparaíso. En él, pese a que la masa muscular se relaciona a consecuencias en la calidad de vida. No se evidenciaron correlaciones significativas entre masa muscular y calidad de vida ($p=.9$), masa muscular y funcionalidad ($p=.2$), masa muscular y fuerza de presión manual ($p=.5$) (Aleitte et al., 2018).

Tal como se ha establecido anteriormente, el envejecimiento es un fenómeno complejo y multidimensional que afecta tanto a los individuos como a la población en su conjunto, ante esto el aumento de la población de personas mayores plantea desafíos significativos para las políticas y estrategias de salud a nivel global. El programa MAS AMA es una estrategia de salud pública que apunta a mejorar la autonomía y participación de las PM.

Luego se implementación, se vuelve importante conocer el impacto que las intervenciones que este programa en relación con la calidad de vida.

3. HIPÓTESIS

La participación en de las personas mayores en el programa MAS Adultos mayores Autovalentes mejora la calidad de vida percibida.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar el impacto en la calidad de vida percibida de personas mayores que participan en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (AMA).

4.2. Objetivos Específicos

- 4.2.1. Conocer las características sociodemográficas de la población objeto de estudio con el fin de describir las posibles características que influyen en la calidad de vida.
- 4.2.2. Analizar las características sociodemográficas de las personas mayores en relación a su percepción de calidad de vida.
- 4.2.3. Analizar los cambios en la calidad de vida percibida por las personas mayores que participan en el programa MAS AMA.
- 4.2.4. Proponer recomendaciones sobre intervenciones futuras que puedan mejorar la calidad de vida de las personas mayores que participan en el programa Más AMA.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo analítico de tipo longitudinal prospectivo entre personas que asisten al programa MAS Adultos Mayores Autovalentes en la comuna de Molina, Región del Maule – Chile.

El diseño será pretest y posttest que corresponde aquellos estudios en los que el investigador realiza una medición antes y otra después de una intervención determinada (Manterola & Otzen, 2015).

5.2. Periodo y lugar donde se desarrolló el estudio:

Es estudio se llevó a cabo en la Comuna de Molina, Región del Maule – Chile, en grupos de Personas Mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes.

Se realizó en dos etapas: la primera consistió en un estudio piloto durante el periodo de marzo y junio 2023. Luego, se realizó el estudio final entre los meses de septiembre 2023 y diciembre 2023.

5.3. Población de estudio:

La población de estudio fueron usuarios participantes en el programa MAS AMA de la comuna de Molina en la Región del Maule – Chile.

5.3.1. Criterios de elegibilidad:

Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

5.3.1.1. Criterios de inclusión:

- (a) Personas mayores participantes en el programa MAS AMA en la comuna de Molina.
- (b) Firmar el consentimiento informado.
- (c) Poseer la clasificación del Autovalente Sin riesgo, Autovalente Con Riesgo o En Riesgo de Dependencia en la aplicación del EMPAM.

5.3.1.2. Criterios de exclusión:

- (a) Poseer la clasificación de deterioro cognitivo moderado a severo en el EMPAM a través minimental.

5.4. Variables:

5.4.1. Variables de interés

5.4.1.1. Variables Sociodemográficas:

- Edad
 - Tipo de variable: Variable Cuantitativa continua.
 - Unidad:
 - Años cumplidos
- Sexo
 - Tipo de variable: Variable cualitativa nominal.
 - Unidad:
 - Masculino
 - Femenino

- Estado civil
 - Tipo de variable: Variable cualitativa nominal.
 - Unidad:
 - Soltero
 - Casado o conviviente
 - Viudo
 - Separado

- Lugar de residencia
 - Tipo de variable: Variable cualitativa nominal.
 - Unidad:
 - Urbano
 - Rural

- Nivel educacional
 - Tipo de variable: Variable cualitativa ordinal.
 - Unidad:
 - Analfabeto
 - Educación básica
 - Educación media
 - Educación técnica
 - Educación Superior

- Nivel socioeconómico
 - Tipo de variable: Variable cualitativa ordinal.
 - Unidad:
 - Bajo
 - Medio Bajo
 - Medio
 - Medio Alto
 - Alto

- Tipo de sistema de salud
 - Tipo de variable: Variable cualitativa nominal.
 - Unidad:
 - FONASA
 - ISAPRE

5.4.1.2. Variables referentes a Calidad de vida:

Se aplicó el cuestionario The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) de la OMS (2012) traducido al español y validado en Chile en personas mayores (Espinoza et al., 2011).

El que incluye las siguientes variables:

- Percepción de calidad de vida
 - Tipo de variable: Variable cualitativa ordinal.
 - Unidad:
 - Muy Mala
 - Mala
 - Lo normal
 - Bastante bien
 - Muy bien

- Salud física
 - Tipo de variable: Variable cualitativa ordinal.
 - Unidad:
 - Nada
 - Un poco
 - Lo normal
 - Bastante
 - Extremadamente

- Salud Psicológica
 - Tipo de variable: Variable cualitativa ordinal.
 - Unidad:
 - Nada
 - Un poco
 - Lo normal
 - Bastante
 - Extremadamente

- Relaciones Sociales
 - Tipo de variable: Variable cualitativa ordinal.
 - Unidad:
 - Nada
 - Un poco
 - Lo normal
 - Bastante
 - Extremadamente

- Factores Ambientales
 - Tipo de variable: Variable cualitativa ordinal.
 - Unidad:
 - Nada
 - Un poco
 - Lo normal
 - Bastante
 - Extremadamente

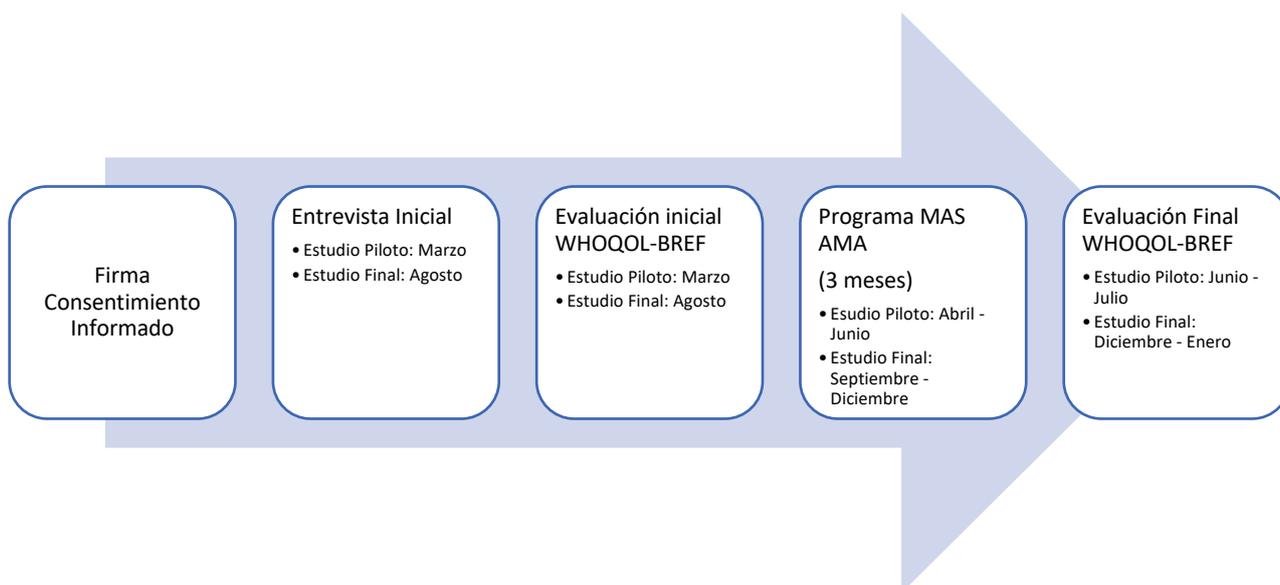
5.5. **Procedimientos:**

Luego solicitar autorización a un Comité de Ética acreditado en Chile, se procedió a invitar a las personas a participar de la investigación. Quienes aceptaban, se recolectó la información socioeconómica de las personas mayores participantes y revisión de sus antecedentes clínico a través de la entrevista inicial.

Posteriormente, se aplicó el cuestionario The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) de la OMS (2012) traducido al español y validado en Chile en personas mayores (Espinoza et al., 2011).

Esta aplicación se realizará al inicio del programa MAS AMA y luego de su finalización. El proceso puede visualizarse en la **Ilustración 2**.

Ilustración 2: Flujograma de procedimientos de la investigación



La recopilación de datos será realizada por evaluadores externos que fueron capacitados en la aplicación de los instrumentos de estudio. La información obtenida será tabulada mediante programa JASP.

5.6. Instrumentos de medición:

5.6.1. Cuestionario de Entrevista inicial:

Cuestionario de elaboración propia, que contiene 22 preguntas y recopila información sobre los antecedentes referentes a caracterización biopsicosocial (Anexo 1).

5.6.2. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF):

El WHOQOL-BREF contiene 26 preguntas, dos de ellas generales sobre calidad de vida y satisfacción con la condición de salud, y 24 preguntas distribuidas en cuatro ámbitos: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Factores ambientales (Anexo 2).

En relación con los resultados, las puntuaciones más altas indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta se encuentran en escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta (Espinoza et al., 2011).

El WHOQOL-BREF evalúa las percepciones de las personas 2 semanas previas a su aplicación, y ha sido ampliamente utilizado para valorar intervenciones. Este instrumento no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que la persona tiene a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que se le considera una escala con mayor solidez conceptual y metodológica (Cardona-Arias & Higuera-Gutiérrez, 2014).

Para el cálculo de los puntajes por las diferentes dimensiones se utilizan las fórmulas de la **Tabla 2**.

Tabla 2: Fórmula para el cálculo de puntajes WHOQOL-BREF

Dimensión	Preguntas
Percepción General	$P1 + P2$
Salud Física	$[6-(P3)] + [6-(P4)] + P10 + P15 + P16 + P17 + P18$
Salud Psicológica	$P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + [6-(P26)]$
Factores Sociales	$P20 + P21 + P22$
Factores Ambientales	$P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25$
Puntaje Total	$P. \text{ General} + S. \text{ Física} + S. \text{ Psicológica} + F. \text{ Sociales} + F. \text{ Ambientales}$

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 1997)

5.7. Consideraciones éticas:

5.7.1. Consentimiento informado

A cada participante se le proporcionó dos copias del Consentimiento informado (CI) que contenía la información sobre el estudio y la hoja de firmas (Anexo 3). Se le concedió tiempo para analizar la información otorgada y resolver dudas con el Investigador.

Una vez informado y después de aceptar participar en el estudio, se obtuvo el CI por escrito, incluyendo este nombre, apellidos y firma del participante y del investigador principal, así como fecha de realización de este. Se entregó una copia al participante y otra fue almacenada por el Investigador.

El CI, el cuestionario de entrevista inicial y las evaluaciones con el WHOQOL-BREF fueron custodiadas por el Investigador.

5.7.2. Comité de ética

Se solicitó la aprobación del protocolo de investigación al Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Santiago – Chile, dando su aceptación en el Acta de Revisión Protocolo de Investigación N° 186 con fecha del 22 de marzo del año 2023 (Anexo 4).

Se siguió el protocolo presentado, así como la declaración de Helsinki y las Guías de buenas prácticas clínicas.

Las encuestas fueron codificadas tanto en los cuestionarios físicos como en la base de datos para asegurar su anonimato. El estudio cumplió con la normativa vigente respecto a la protección de datos.

Los sujetos no recibieron ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

5.8. Análisis Estadístico

5.8.1. Tamaño Muestral:

La población de estudio fueron usuarios participantes en el programa MAS AMA de la comuna de Molina en la Región del Maule – Chile.

En la fase de Estudio Piloto, el tamaño muestral fue de 15 participantes elegidos por conveniencia, los cuales fueron evaluados en dos momentos (previo al inicio del programa y post programa).

En la fase de Estudio Final, el tamaño de la muestra fue estimado a través del uso del programa G*POWER. El tamaño muestral, considerando un $\alpha = .05$, d Cohens = .8 (amplia magnitud para el tamaño del efecto) y un poder de = .95, es de 42 participantes, evaluados en dos momentos (previo al inicio del programa y post programa).

5.8.2. Variables:

La descripción de las variables cualitativas se realizó mediante su frecuencia absoluta (n) y su frecuencia relativa (%). En el caso de las variables cuantitativas se emplearán la media y desviación estándar (DE), en caso de que la variable se distribuya de forma normal, y la mediana y el rango intercuartílico (RIC), en caso contrario.

5.8.3. Análisis Estadístico:

En el análisis estadístico en el estudio piloto, para el contraste de las variables cuantitativas se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk y la prueba Wilcoxon.

En el análisis estadístico en el estudio final, para el contraste de las variables cuantitativas se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk y la prueba T-Student.

5.8.4. Paquete Informático

Para el análisis de datos se utilizó el programa JASP para Windows (versión 0.18.1).

6. RESULTADOS

6.1. Resultados Estudio Piloto

6.1.1. Caracterización de la población

La media de edad fue de 71.60 años ($SD=4.53$) con un rango entre 64 y 78 años. La distribución de los participantes por edad fue: 64 años ($n=1$; 6,7%), 66 años ($n=3$; 20%), 68 años ($n=1$; 6,7%), 72 años ($n=2$; 13,3%), 73 años ($n=2$; 13,3%), 74 años ($n=3$; 20%), 76 años ($n=1$; 6,7%), y 78 años ($n=2$; 13,3%). La distribución de sexo fue masculina ($n=2$; 13,3%) y femenino ($n=13$; 86,7%).

La distribución respecto al contexto fue urbano ($n=2$; 13,3%) y rural ($n=13$; 86,7%); para nivel educacional, fue analfabeto ($n=1$; 6,7%), educación básica ($n=10$; 66,7%) y educación secundaria ($n=4$; 26,7%); para nivel socioeconómico bajo ($n=5$; 33,3%), medio bajo ($n=2$; 13,3%) y medio ($n=7$; 46,7%).

6.1.2. Resultados World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF):

Primero se calcularon los estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas) para las dimensiones de calidad de vida en función de la edad y género para la evaluación inicial y evaluación final (**Tabla 3 y 4**).

Tabla 3: Media (Desviación Estándar) de las dimensiones de calidad de vida en función de la edad y sexo para la evaluación inicial

Edad	Sexo (n)	General n (SD)	Salud Física n (SD)	Salud Psicológica n (SD)	Relaciones Sociales n (SD)	Ambiente n (SD)	Total n (SD)
64	F (1)	6.00 (.00)	26.00 (.00)	25.00 (.00)	12.00 (.00)	24.00 (.00)	93.00 (.00)
66	M (1)	9.00 (.00)	28.00 (.00)	28.00 (.00)	12.00 (.00)	36.00 (.00)	113.00 (.00)
	F (2)	7.50 (2.12)	25.50 (2.12)	21.00 (.00)	11.50 (.70)	29.00 (.00)	94.50 (4.94)
68	F (1)	5.00 (.00)	27.00 (.00)	22.00 (.00)	5.00 (.00)	21.00 (.00)	80.00 (.00)
72	F (2)	6.00 (1.41)	25.50 (.07)	19.50 (.,70)	9.00 (4.24)	30.00 (5.65)	90.00 (2.82)
73	F (2)	7.50 (.70)	26.50 (.70)	21.50 (.70)	14.00 (1.41)	36.00 (2.30)	105.50 (2.12)
74	F (3)	7.66 (.57)	23.66 (3.78)	19.33 (9.29)	8.66 (3.21)	28.00 (10.14)	87.33 (25.96)
76	M (1)	8.00 (.00)	29.00 (.00)	20.00 (.00)	10.00 (.00)	30.00 (.00)	97.00 (.00)
78	F (2)	6.50 (.70)	29.00 (4.24)	21.00 (.00)	11.50 (2.12)	30.50 (2.12)	98.50 (3.53)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4 Media (Desviación Estándar) de las dimensiones de calidad de vida en función de la edad y sexo para la evaluación final.

Edad	Sexo (n)	General n (SD)	Salud Física n (SD)	Salud Psicológica n (SD)	Relaciones Sociales n (SD)	Ambiente n (SD)	Total n (SD)
64	F (1)	8.00 (.00)	23.00 (.00)	24.00 (.00)	13.00 (.00)	29.00 (.00)	97.00 (.00)
66	M (1)	10.00 (.00)	24.00 (.00)	27.00 (.00)	12.00 (.00)	38.00 (.00)	111.00 (.00)
	F (2)	7.50 (2.12)	20.50 (2.12)	23.50 (.70)	12.50 (.70)	33.00 (1.41)	97.00 (5.65)
68	F (1)	6.00 (.00)	24.00 (.00)	23.00 (.00)	6.00 (.00)	22.00 (.00)	81.00 (.00)
72	F (2)	7.00 (1.41)	22.50 (2.12)	21.50 (2.12)	10.50 (6.36)	32.50 (2.12)	94.00 (7.07)

73	F (2)	8.00 (.00)	22.50 (.70)	23.00 (.00)	14.50 (.70)	36.00 (2.82)	103.00 (.00)
74	F (3)	8.00 (.00)	20.66 (2.08)	22.33 (3.51)	10.00 (2.00)	30.33 (8.02)	91.33(14.57)
76	M (1)	8.00 (.00)	24.00 (.00)	20.00 (.00)	11.00 (.00)	31.00 (.00)	94.00 (.00)
78	F (2)	7.50 (.00)	24.50 (3.53)	22.00 (.00)	11.50 (2.12)	31.00 (1.41)	96.50 (3.53)

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk ($p=.009$), determinándose que la muestra no tiene una distribución normal. Para conocer la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas se realizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon con los indicadores de calidad de vida contrastando los resultados de las evaluaciones iniciales y finales. Wilcoxon reveló efectos estadísticamente significativos en las dimensiones de percepción general de la calidad de vida ($p=.004$), salud física ($p<.001$) y factores ambientales ($p=.003$). Sin embargo, contrario a lo esperado, en las dimensiones salud psicológica ($p=.030$), relaciones sociales ($p=.010$) y puntaje total referente a calidad de vida ($p=.806$) no se encontró efecto estadísticamente significativo.

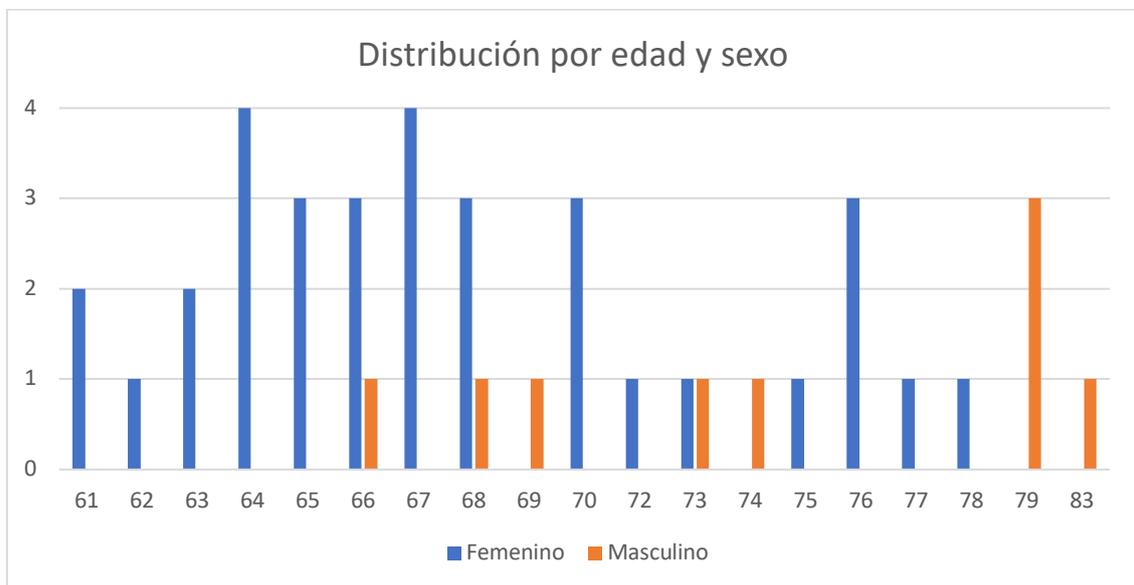
6.2. Resultados Estudio Final

6.2.1. Caracterización de la población

La muestra objetivo del estudio estuvo conformada por 42 PM, donde la media de edad fue 69.38 años (SD=5.71) con un rango entre 61 a 83 años. De ellos, 33 eran de sexo femenino (78.57%) y 9 de sexo masculino (21.42%).

En el **Gráfico 2**, se muestran la distribución por edad y sexo de la muestra. Siendo la edad media para mujeres de 68 años (SD=4.89) y para hombres 74.4 años (SD=5.91).

Gráfico 2: Distribución por edad y sexo de la muestra

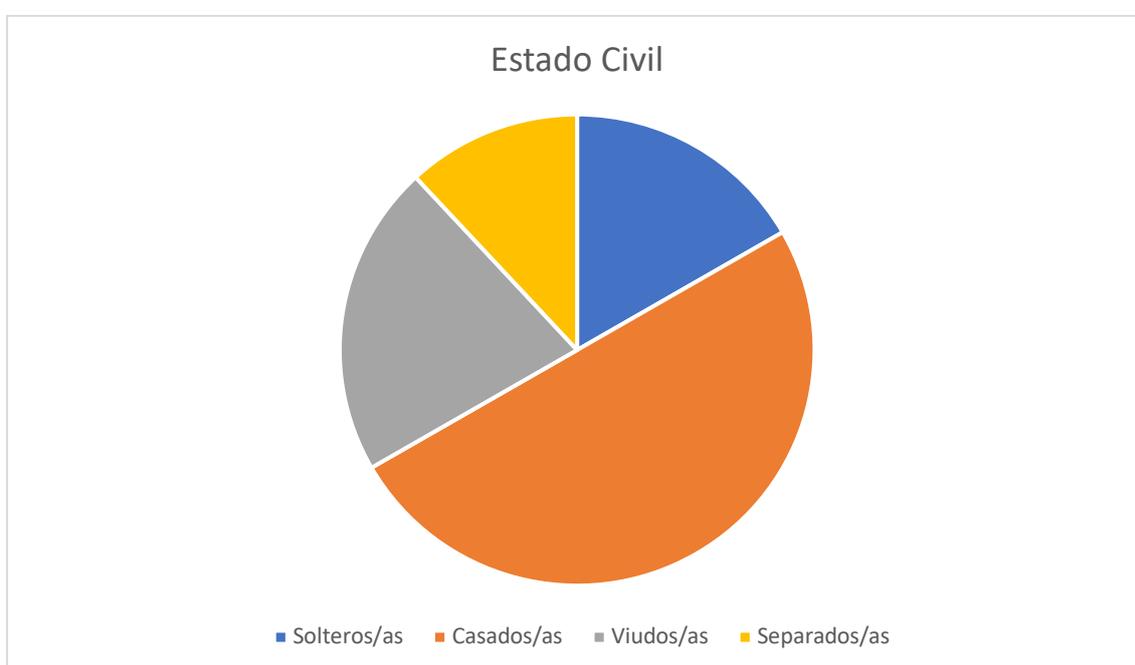


Fuente: Elaboración propia.

Respecto al contexto, 33 PM vivían en un entorno urbano (78.57%) y 9 en un entorno rural (21.42%). De ellos, 11 PM viven solos (26.19%), 21 viven con parejas (50%), 6 con parejas y familiares (14.29%) y 4 con familiares (9.52%).

Los estados civiles declarados fueron: 7 PM eran solteros/as (16.66%), 21 casados/as (50%), 9 viudos/as (21,42%) y 5 separados (11.90%). Esta distribución se aprecia en el **Gráfico 3**.

Gráfico 3: Distribución de estados civiles de la muestra estudiada



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el nivel educativo, 1 persona declaró ser analfabeto (2.38%), 20 tenían educación básica completa (47.61%), 14 tenían educación secundaria (33.33%) y 7 formación técnico profesional (16.66%).

La principal fuente de ingresos declarada por las/los participantes fue, 33 personas reciben pensión (78.57%), 5 refieren no recibir ningún tipo de ingreso (11.90%), 2 reciben rentas o sueldo (4.76%) y 2 reciben otros ingresos (4.76%). Esta información se visualiza en el **Gráfico 4**.

Gráfico 4: Distribución de las principales fuentes de ingreso



Fuente: Elaboración propia.

Respecto al nivel socioeconómico, se distribuían en nivel bajo (n=6, 14.28%), medio bajo (n=8, 19.04%), medio (n=26, 61.09%) y medio alto (n=2, 4.76%).

En la **Tabla 5**, se presenta un resumen de las características socioeconómicas de la muestra estudiada.

Tabla 5: Características sociodemográficas de la muestra estudiada

MUESTRA (N=42)			
	n	%	Promedio (SD)
EDAD, AÑOS			69.38 (5.71)
GÉNERO			
FEMENINO	33	78.57%	
MASCULINO	9	21.42%	
CONTEXTO			
URBANO	33	78.57%	
RURAL	9	21.42%	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO	7	16.66%	
CASADO	21	50%	
VIUDO	9	21.42%	
SEPARADO	5	11.90%	
NIVEL EDUCATIVO			
ANALFABETO	1	2.38%	
NIVEL BÁSICO	20	47.61%	
NIVEL SECUNDARIO	14	33.33%	
NIVEL TÉCNICO- PROFESIONAL	7	16.66%	
NIVEL SOCIOECONÓMICO			
BAJO	6	14.28%	
MEDIO-BAJO	8	19.04%	
MEDIO	26	61.09%	
MEDIO-ALTO	2	4.76%	
PRESENCIA DE ENFERMEDADES			

MÓRBIDAS			
SI		36	85,71%
NO		6	14,28%

6.2.2. Resultados World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF):

Se calcularon los estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas) para las diferentes dimensiones de calidad de vida. Además, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk y la prueba T-Student contrastando, en ambos casos, los resultados de las evaluaciones iniciales y finales (Ver **Tabla 6**).

Tabla 6: Comparación puntuaciones iniciales y finales Escala Calidad de vida

	PUNTUACIONES		P. SHAPIRO- WILK	P. T STUDENT
	Evaluación Inicial	Evaluación Final	<i>p</i>	<i>p</i>
	n (SD)	n (SD)		
PERCEPCIÓN CALIDAD DE VIDA	6.619 (SD=1.63)	7.190 (SD=1.68)	.137	< .001
SALUD FÍSICA	24.595 (SD=4.12)	25.476 (SD=3.89)	.334	.002
SALUD PSICOLÓGICA	20.405 (SD=3.54)	21.786 (SD=3.11)	.273	< .001
ASPECTOS SOCIALES	10.167 (SD=1.87)	10.476 (SD=1.62)	.006	.005
ASPECTOS AMBIENTALES	26.881 (SD=3.84)	24.000 (SD=3.01)	.399	< .001
PUNTUACIÓN TOTAL	88.667 (SD=11.58)	89.929 (SD=10.34)	.973	.610

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la evaluación inicial con WHOQOL-BREF, se muestra la distribución de los puntajes a través de cuartiles. El 25% de las PM (primer cuartil) obtuvo un puntaje igual o menos a 22 puntos en el ítem de salud física, 18 puntos en salud psicológica, 9 puntos en aspectos sociales, 23 puntos en aspectos ambientales. El 50% de las PM (segundo cuartil) obtuvo un puntaje igual o menos a 24.5 puntos en el ítem de salud física, 20 puntos en salud psicológica, 10 puntos en aspectos sociales, 28 puntos en aspectos ambientales. El 75% de las PM (tercer cuartil) obtuvo un puntaje igual o menos a 27 puntos en el ítem de salud física, 22.75 puntos en salud psicológica, 11 puntos en aspectos sociales, 29 puntos en aspectos ambientales.

Tras la participación en el Programa (evaluación final), el 25% de las PM (primer cuartil) obtuvo un puntaje igual o menos a 23 puntos en el ítem de salud física, 18 puntos en salud psicológica, 9.25 puntos en aspectos sociales, 22 puntos en aspectos ambientales. El 50% de las PM (segundo cuartil) obtuvo un puntaje igual o menos a 25.5 puntos en el ítem de salud física, 22 puntos en salud psicológica, 10 puntos en aspectos sociales, 25 puntos en aspectos ambientales. El 75% de las PM (tercer cuartil) obtuvo un puntaje igual o menos a 28.75 puntos en el ítem de salud física, 23.75 puntos en salud psicológica, 11 puntos en aspectos sociales, 26 puntos en aspectos ambientales. Esta prueba considera que, a mayores puntajes, mejor percepción de la calidad de vida.

Al realizar un análisis comparativo entre las evaluaciones iniciales y finales, los estadísticos descriptivos muestran una mejora en la puntuación promedio en las dimensiones de Percepción General de la Calidad de vida, Salud física, Salud Psicológica, Aspectos Sociales.

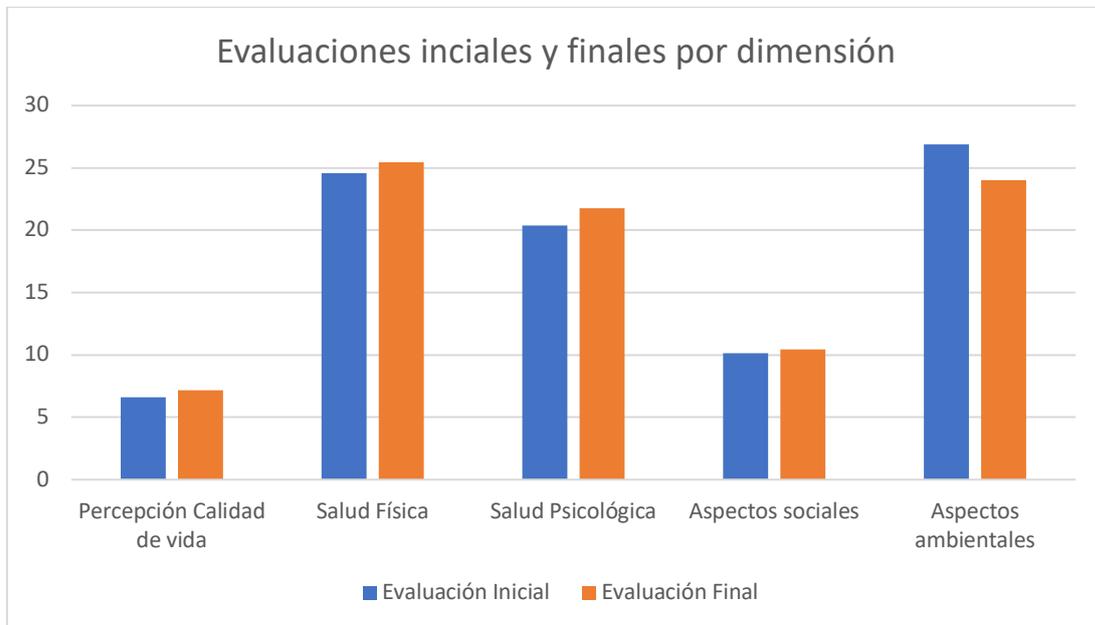
Se observa que las dimensiones de Percepción General de Calidad de vida y Aspectos sociales son los que menos variaciones tuvieron con una diferencia de 0.571 y 0.309 puntos promedios respectivamente. Además, la dimensión de Salud Psicológica fue el ítem que más cambios percibió con un 1.38 puntos promedio de diferencia entre los tiempos de medición. Por el contrario, en la dimensión de Aspectos Ambientales existe un descenso de 2.88 puntos promedios entre ambos momentos.

En términos generales, se observa que existe una mejoría en la calidad de vida tras la implementación del Programa, demostrando una variación de más de 1,26 puntos promedio en el puntaje total entre la evaluación inicial y final.

La prueba de Shapiro-Wilk indica que la muestra tiene una distribución normal. La prueba T-Student reveló efectos significativos en todas las dimensiones evaluadas en la WHOQOL-BREF. Sin embargo en el Puntaje Total, no se observaron efectos estadísticamente significativos ($p=610$).

En el **Gráfico 5** y **Gráfico 6**, se muestran las puntuaciones promedios de las evaluaciones iniciales y finales para cada dimensión del WHOQOL-BREF.

Gráfico 5: Puntuaciones promedios de las evaluaciones iniciales y finales de las diferentes dimensiones de WHOQOL-BREF



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 6: Puntuaciones globales del WHOQOL-BREF.



Fuente: Elaboración Propia

7. DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue analizar el impacto en la calidad de vida percibida de personas mayores que participan en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (AMA) en la comuna de Molina – Chile.

El envejecimiento de la población tiene enormes repercusiones en términos de políticas públicas y requiere planificación a mediano y largo plazo con respecto a las políticas de trabajo, salud y protección social, entre otras (CEPAL, 2023; Organización Mundial de la Salud, 2021). En este sentido, resulta relevante contar con programas que apunten a mejorar la autovalencia y que aseguren que las comunidades fomenten las capacidades de las PM, que ofrezcan una atención integrada y centrada en las personas, y servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las PM (Glasinovic et al., 2022; Organización Mundial de la Salud, 2021), dentro de ellos se encuentra el programa MAS AMA.

Si bien, existen investigaciones previas orientadas en la población participante en el programa MAS AMA (Aguilera et al., 2018; Aleitte et al., 2018; Lutz et al., 2020) y otros que evalúan los resultados del programa (Gajardo et al., 2020; Martínez et al., 2018; Melo & Aravena, 2016) en escasos estudios abordan la perspectiva de las y los usuarias/os sobre el impacto que este programa tiene en la percepción de la calidad de vida.

Respecto al objetivo, los resultados obtenidos muestran que existe un efecto estadísticamente significativo todas las dimensiones de calidad de vida evaluadas en el WHOQOL-BREF, A su vez, la metodología de intervención utilizada en el Programa, enfoque territorial y de abordaje comunitario, muestra un impacto positivo en la funcionalidad y calidad de vida de las PM (Urzúa et al., 2011). Esto podría indicar que la participación en el programa, así como el contacto con otras PM incide favorablemente en la calidad de vida, reflejado en que las puntuaciones promedios totales tienden a ser más alta en la evaluación final.

En esta investigación se consideró la realización de un estudio piloto y un estudio final. En ellos se observa que existe una variación en las puntuaciones promedios entre las evaluaciones iniciales y finales en ambas instancias. Sin embargo, existieron diferencias significativas en todas las dimensiones evaluadas por el WHOQOL-BREF solo en el estudio final; en el estudio piloto solo se encontraron diferencias significativas en 3 dimensiones (percepción general de la calidad de vida ($p=.004$), salud física ($p<.001$) y factores ambientales ($p=.003$)).

Esto podría explicarse por la cantidad de personas que participaron en el estudio piloto ($n=15$) y el estudio final ($n=42$). En relación con ello, el número muestral debe ser representativo de la población a estudiar (García-García et al., 2013), pero se sugiere que cuando los investigadores no tienen claro los supuestos, una sugerencia es realizar un piloto con al menos 10 participantes para explorar el comportamiento de las variables (Rendón-Macías & Villasís-Keever, 2017).

En este mismo sentido, se evidenció una diferencia entre los participantes en relación con el género, donde la proporción de mujeres fue mayor que los hombres. Se plantea, la hipótesis relacionada con la feminización de la vejez (Sánchez & Albala, 2004), la cual podría estar asociada, en el caso de Chile con que las mujeres poseen instancias de control de salud periódicos desde el embarazo generando en ellas un hábito asociado al autocuidado que se mantendría en el tiempo. En el caso de los hombres esta situación no sucede, explicando su baja participación en actividades comunitarias, su menor preocupación por su estado de salud y menor asistencia controles.

En relación con la implementación del programa MAS AMA, las orientaciones técnicas apuntan a intervenciones donde se aborden aspectos de salud física y cognitiva. En este sentido, Campos-Tapia et al. (2022) señalan que intervenciones en personas mayores donde se aborde la salud psicológica, salud física y aquellas que potencie las redes de apoyo social, tienden a mejorar la calidad de vida de las personas, concentrando sus efectos en las funciones cognitivas, salud mental, autocuidado, identidad, participación social, alimentación saludable, entre otros.

Dado que la salud es el resultado de un sin fin de variables, dentro de ellas, los Determinantes Sociales de la Salud, hoy los países tienen el desafío de ampliar las instancias de desempeño de las PM a más, nuevos y mejores espacios, a fin de brindarles oportunidades reales de participación y evaluar si con ello, se logra disminuir la brecha entre niveles de ingreso y mortalidad (Sánchez & Albala, 2004). Esto podría explicar el descenso en la puntuación promedio del WHOQOL-BREF en la dimensión de aspectos ambientales, el cuál apunta a la percepción de seguridad, ambiente físico, dinero, acceso de información y oportunidades, condición de la vivienda, servicios de salud y transporte. Elementos que, por la orgánica del programa, no son cubiertos en la actualidad.

Si bien este tipo de problemáticas son más profundas de abordar, una de las estrategias que se puede implementar en la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) propuesta por la OMS y que promueve el desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2005). Esta estrategia se compone de objetivos y acciones en cinco componentes: salud, educación, trabajo, social y fortalecimiento comunitario (Besoain-Saldaña et al., 2020). Sobre su implementación en Chile, el estudio de Besoain-Saldaña et al. (2020) describe que su implementación está centrada en el componente de salud, por lo que es un desafío para el Estado poder fortalecer e incluir a los otros componentes. A raíz de los resultados de esta investigación, este tipo de abordaje sería un aporte para el Programa MAS AMA.

Por otro lado, las personas mayores se sienten satisfechas y motivadas al participar en tareas donde se organicen actividades que les permitan disfrutar de su tiempo libre y mejorar su calidad de vida (Flores-Tena et al., 2024), por lo que realizar actividades con miembros de su comunidad aumenta la adherencia de las personas mayores y favorece su participación en contextos comunitarios y sociales.

Una de las principales dificultades que presenta el programa es su duración, la que se proyecta en sesiones semanales durante 3 meses (Ministerio de Salud, 2015). Esto se contrapone con lo descrito en la literatura, donde se releva la necesidad de proporcionar acceso a la atención a largo plazo de las PM (Organización Mundial de la Salud, 2021), donde este tipo de programas aumentan la independencia, la felicidad y reducen la carga

emocional y económica para familias y sociedad siempre que se mantengan en el tiempo (Glasinovic et al., 2022). En este sentido, los resultados aquí presentados sólo grafican el impacto que el programa tiene durante su aplicación. Por lo que, evaluar si este impacto se mantiene en el tiempo, es uno de los desafíos de esta investigación.

Dentro de las limitaciones del presente estudio la representación de cada grupo en relación con aspectos como el género y la ruralidad. Para futuras investigaciones, se debería tener en cuenta lo anteriormente mencionado con el fin de asegurar la representatividad y replicabilidad de los resultados en este tipo de intervenciones.

8. CONCLUSIONES

El presente estudio buscó analizar la calidad de vida percibida por personas mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes de la comuna de Molina, Región del Maule - Chile.

Los resultados del estudio piloto sugieren que la implementación de acciones que mejoren la autonomía y participación de las personas mayores como las intervenciones propuestas en el programa MAS AMA, impactan de manera positiva en la calidad de vida percibida. Se muestra un desarrollo favorable en los ámbitos percepción de calidad de vida en general, salud física y factores ambientales, dimensiones en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, en los resultados del estudio final muestran resultados estadísticamente significativos en todas las dimensiones del WHOQOL-BREF.

Dentro de los desafíos que el sistema gubernamental debe enfrentar para implementar este tipo de iniciativas está el considerar la intervención sobre los Determinantes Sociales de la Salud, los que podrían ser abordados considerando las bases de RBC, y el tiempo en que se desarrollen estas intervenciones de manera que se sistematicen en el tiempo.

Junto con lo anterior, se debe fomentar la integración de más hombres desde la juventud y/o adultez en el sistema de salud, esto creará una cultura de cuidado en salud y potenciará su participación en este tipo de programa.

Finalmente, determinar cuál es el impacto de las acciones que los diferentes profesionales desarrollan diariamente permitirá tomar mejores decisiones en las prácticas en salud y clínicas diarias y, con ello, mejorar los procesos en salud centrándose en el bienestar de las personas.

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: Instrumento de Caracterización Socioeconómica

Nombre		Rut	
Fecha de nacimiento	___/___/___	Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Lugar de residencia (Incluir localidad)		Comuna	
Ruralidad	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	Fecha Encuesta	___/___/___

Vive con	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Solo/c pareja <input type="checkbox"/> C/pareja y familiares <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> C/amigo(a) <input type="checkbox"/> Allegado <input type="checkbox"/> Otro
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/conviviente <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado
Actualmente tiene pareja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Educación	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria
Nivel socio económico	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Medio alto <input type="checkbox"/> Alto

Tiene hijos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene nietos/bisnietos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene mascotas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Participa en grupos de Adultos mayores	<input type="checkbox"/> Municipalidad <input type="checkbox"/> Caja de compensación <input type="checkbox"/> Junta de vecinos <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Asociación de jubilados <input type="checkbox"/> Clubes deportivos <input type="checkbox"/> Otros <i>(anote todas las que correspondan)</i>	
Tiene actividad remunerada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Realiza trabajos voluntarios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Considera que aporta a la comunidad con su trabajo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de ingreso	<input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Montepío <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <i>Si la respuesta es 'Otros', ¿Cuáles? _____</i>	
Previsión en salud	<input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> F. armadas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna <i>Si la respuesta es 'Otra', ¿Cuál? _____</i>	
Antecedentes de salud relevantes	<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Ninguna <i>Si la respuesta es 'Otros', ¿Cuáles? _____</i>	

Valoración EMPAM		_____ puntos
Valoración Mini-Mental		_____ puntos

9.2. Anexo 2: World Health Organization Quality of Life

P	Pregunta	Opciones				
P1	¿Cómo puntuaría usted su calidad de vida?	Muy mala	Mala	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
P2	¿Cuán satisfecho está usted con su salud?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P3	En las últimas dos semanas ¿En qué medida el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en la vida diaria?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P5	¿Cuánto disfruta de la vida?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P6	¿En que medida siente que su vida tiene sentido?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
P10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
P11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
P12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente

P13	¿Qué disponible tiene la información que necesita para su vida diaria?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
P14	¿Hasta qué punto tiene oportunidades para realizar actividades de ocio (distraerse)?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
P15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
P16	Cuán satisfecho está con: ¿Su sueño? (dormir)	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P17	¿Su habilidad de realizar actividades de vida diaria?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P18	¿Su capacidad de trabajo?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P19	¿De sí mismo?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P20	¿Sus relaciones personales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P21	¿Su vida sexual?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P22	¿El apoyo que obtiene de sus amigos?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P23	¿Las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P24	¿El acceso que tiene a servicios sanitarios (de salud)?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho

P25	¿Con su transporte? (el que Ud. utiliza)	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
P26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre

9.3. Anexo 3: Consentimiento Informado

INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

"ANÁLISIS DEL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE LA COMUNA DE MOLINA, REGIÓN DEL MAULE - CHILE"

Investigador Responsable : Arturo Ignacio Flores Riquelme
Co-investigadores : Zoila Karime Cruz Zapure
Francisca Andrea Seguel Fuentes
Institución : Universidad San Sebastián
Teléfono de Contacto: : (+56) 966570473
Mail de contacto: : arturoignaciofloresriquelme@gmail.com



Estimado/a Participante:

Mediante el presente documento se le invita a participar en el estudio "ANÁLISIS DEL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE LA COMUNA DE MOLINA, REGIÓN DEL MAULE - CHILE".

Lo/la estamos invitando a participar en esta investigación pues usted es miembro de los talleres del programa MAS Adultos Mayores Autovalentes (AMA) de la comuna de Molina, Región del Maule - Chile.

Su participación es libre y voluntaria, y puede retirarse del estudio en el momento que usted estime conveniente sin dar explicación alguna y sin implicar alguna sanción o pérdida de algún beneficio.

Le solicitamos que lea con mucha atención este documento y en caso de cualquier duda o inquietud le responderemos todas sus preguntas.

En este estudio participarán personas mayores que cumplan con las características necesarias para el estudio.

Esta es una investigación cuantitativa analítica de tipo longitudinal prospectivo y su propósito es analizar el impacto en la calidad de vida percibida de personas mayores que participan en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (AMA).

Para este fin no se realizarán intervenciones invasivas y solo se solicitará la participación en una entrevista donde se recabarán sus antecedentes y se aplicará la Escala de Calidad de vida: "The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)" la cual contiene 26 preguntas, dos de ellas generales sobre calidad de vida y satisfacción con la condición de salud, y 24 preguntas distribuidas

en cuatro ámbitos: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. A partir de sus respuesta se analizará el impacto en la calidad de vida percibida por quienes participan en el programa MAS AMA de la comuna de Molina, Región del Maule - Chile.

Los datos no serán compartidos ya que sólo serán utilizados con fines investigativos, siendo responsabilidad del investigador responsable la custodia de éstos. Por lo anterior, estos datos serán supervisados y revisados por los investigadores y el Comité de Ética del Hospital San Juan de Dios, Santiago, si así se requiriera, con el fin de asegurar los ideales de beneficio y la no maleficencia de los participantes de la investigación.

Nos comprometemos a entregar cualquier información nueva e importante que salga a la luz durante la realización de esta investigación para mantenerlo/a informado/a para que pueda tomar decisiones con respecto a lo anterior.

Usted no recibirá un beneficio inmediato a partir de la participación en el estudio, sin embargo, su colaboración permitirá generar datos que aporten a la comprensión del impacto en la calidad de vida de las intervenciones realizadas por el programa MAS AMA.

Esta investigación implica riesgos mínimos para usted. Ninguna de las acciones a realizar causará dolor, molestia o incomodidad física ni representan actividades invasivas. Los datos serán codificados para no individualizar a quienes participen.

El participar en este estudio, no supondrá ningún costo para usted. Todos los procedimientos de involucrados en esta fase del proyecto serán costeados por el investigador responsable.

No se realizarán compensaciones económicas a quienes participen del estudio.

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial, a través del registro en una base de datos almacenada en el disco duro del investigador, sin su identidad registral. La base para análisis de resultados se organizará a partir de un software generador de códigos. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias propia del área de estudio, sin embargo, su nombre no será conocido.

Los datos obtenidos serán resguardados en el computador del investigador principal, con contraseña, anonimizados y asociados a un código. Solo este último podrá consultarlos directamente. Los datos obtenidos en la investigación serán eliminados en un plazo de cinco años desde su recopilación.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente, sin que esto suponga un menoscabo o consecuencias. Si usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada.



Dada las circunstancias en las que se desempeñará esta investigación, no existirán costos asociados a la participación

Para las preguntas relacionadas con los derechos como participante de investigación, o quejas relacionadas con el estudio de investigación, comunicarse con "Comité Ético Científico" del Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile, número de teléfono 225756408, correo electrónico cec.hsjd@redsalud.gov.cl, cuya oficina se encuentra ubicada en Chacabuco #430, segundo piso, Unidad de Calidad.



[Handwritten signature]

22 MAR 2023



HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

"ANÁLISIS DEL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE LA COMUNA DE MOLINA, REGIÓN DEL MAULE - CHILE"

Yo _____

He leído la información que se me ha entregado y he comprendido en totalidad el objetivo y procedimiento de este estudio. He comprendido los mínimos riesgos asociados con el formar parte de este estudio. Comprendo que mi participación es absolutamente voluntaria y que podré retirarme cuando lo estime conveniente sin dar explicaciones y sin ser perjudicado por ello.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero tengo conocimiento que mis datos personales no serán revelados y sólo serán revisados por los investigadores.

He tenido la oportunidad de realizar las consultas necesarias respecto al tema, las cuales han sido aclaradas de manera adecuada. Es por esto que, declaro libremente mi conformidad en esta investigación sin que haya sido forzado ni obligado a participar. Al firmar este documento, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

El investigador responsable, confirma que se ha entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, se ha contestado toda duda adicional y que no se ha ejercido presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Firma Investigador Responsable
Investigador Responsable: Arturo Ignacio Flores Riquelme
RUT: 17.797.069-7
Teléfono: +56966570473
Correo: arturoignaciofloresriquelme@gmail.com

Al firmar a continuación acepta que:

1. Leyó este formulario de consentimiento.
1. Se le ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los beneficios y los derechos que le asisten y que se puede retirar de esta en el momento que lo desee.
2. Firma este documento, voluntariamente, sin ser forzado/a/x hacerlo.

NOMBRE PARTICIPANTE:
RUT PARTICIPANTE:
FECHA:
FIRMA PARTICIPANTE:

NOMBRE MINISTRO DE FE:
RUT MINISTRO DE FE:
FECHA:
FIRMA MINISTRO DE FE:



9.4. Anexo 4: Acta de Aprobación Comité de Ética Científica



ACTA DE REVISIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

N° 186, Versión 1

De : Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios
Para : Arturo Ignacio Flores Riquelme

Protocolo : Análisis del Impacto en la Calidad de vida percibida por personas mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes de la comuna de Molina, Región del Maule – Chile.

Fecha de revisión : 16 febrero 2023

Fecha de emisión : 16 febrero 2023

Estimado Investigador Responsable, Arturo Ignacio Flores Riquelme:

Informamos a usted que el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios acreditado por la autoridad sanitaria con fecha 30 de octubre de 2019, reacreditado el 5 de diciembre de 2022, con Resolución Exenta N° 2213578397, ha efectuado la revisión de su Protocolo de Investigación denominado " **Análisis del Impacto en la Calidad de vida percibida por personas mayores que participan en el programa MAS Adultos Mayores Autovalentes de la comuna de Molina, Región del Maule – Chile**", en sesión centésima vigésima séptima, la que se realizó en modalidad presencial.

La resolución del Comité Ético Científico realizado en base a los documentos presentados ha resuelto: **PENDIENTE APROBACIÓN SUJETO A MODIFICACIONES** – . Por ende, la aprobación del presente protocolo está condicionado a las siguientes modificaciones que serán analizadas en una nueva revisión:

1. En el protocolo habla de evaluadores externos estos deben ser incluidos dentro del los coinvestigadores y por ende enviar curriculum vitae (según modelo de nuestro comité), el certificado de título o registro de la superintendencia.
2. En el protocolo se debe modificar la población y muestra. La población corresponde a todos los usuarios adultos mayores de la comuna de Molina. La muestra corresponde a los usuarios participantes del programa MAS de la comuna de Molina en la Región del Maule – Chile.
3. En el protocolo se debe agregar el intervalo de confianza y el valor p en el análisis estadístico.
4. El consentimiento debe incluir fecha de firma del consentimiento.

5. En el consentimiento se debe incluir a que institución o departamento pertenece el investigador.
6. En el consentimiento informado debe incluir sector de firma claramente identificado del investigador (solo aparece nombre, y correo electrónico debe también identificar su RUT).

Cabe mencionar que el deber primordial de un Comité Ético Científico es proteger el bienestar y los derechos de las personas que participan en una investigación científica. Es por esto, que los invitamos a que puedan entregar las modificaciones sugeridas en un plazo de 20 días hábiles a contar de la fecha de emisión de la presente acta, y con ello podamos como comité realizar una nueva revisión para, eventualmente, emitir un acta de aprobación definitiva de su protocolo y con ello poder llevar a cabo la investigación en el Hospital San Juan de Dios. En el caso de que se necesite más tiempo para realizar las modificaciones solicitadas deben ser enviadas con carta de solicitud de revisión de modificaciones fuera de plazo.

Se incorpora nómina de los integrantes permanentes del Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios:

- Carolina Méndez Benavente, Presidenta CEC-HSJD – Médico
- Felipe Rosales Lillo, Vicepresidente CEC-HSJD - Fonoaudiólogo
- Iván Olea Silva, Secretario Ejecutivo CEC-HSJD – Químico Farmacéutico
- José Tomas Doña, Integrante CEC-HSJD - Abogado
- Mónica Acevedo Leyton, Integrante CEC-HSJD – Miembro de la comunidad
- Pedro Rojas Román, Integrante CEC-HSJD - Psicólogo
- Tamara Pulgar Vargas, Integrante CEC-HSJD – Enfermera
- Walter Avendaño Jara, Integrante CEC-HSJD – Ingeniero Biomédico

Le saluda atentamente,

Dra. Carolina Méndez B
Presidenta Comité Ético Científico
Hospital San Juan de Dios

Comité Ético Científico – CEC
Hospital San Juan de Dios - HSJD – Santiago
Huérfano 3231 – 19° piso
Fono: (+56)22756689 correo: cec.hsjd@preclab.cl

10. Plan de trabajo

Carta Gantt:

	2022-2				2023-1					2023-2					2024-1							
MES	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
ACTIVIDADES																						
Preparación de Plan de Investigación	■	■	■	■																		
Entrega Plan de Investigación					■	■																
Aprobación Plan de Investigación						■																
Evaluación por parte del Comité de ética						■	■	■														
Estrategia de búsqueda bibliográfica						■	■	■														
Selección de artículos científicos						■	■	■	■													
Construcción del anteproyecto de investigación						■	■	■	■													
Toma de muestras									■	■	■	■										
Recolección y tabulación de datos									■	■	■	■	■									
Análisis de datos												■	■	■								
Redacción de resultados												■	■	■								
Comparación de resultados												■	■	■								
Redacción de resultados, discusión y conclusiones															■	■						
Entrega para revisión de director de tesis																■	■					
Entrega de tesis doctoral																	■	■				
Presentación de tesis doctoral																			■	■		

11. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, D., Bonilla, P., & Godoy, J. (2018). *ASOCIACIÓN ENTRE DESDENTAMIENTO Y AUTOPERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN CENTROS DE ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE VALPARAÍSO, AÑO 2018*. Universidad de Valparaíso.
- Albala, C. (2020). EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN CHILENA Y LOS DESAFÍOS PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.12.001>
- Aleitte, S., Suazo, I., & Soto, P. (2018). *CORRELACIÓN ENTRE MASA MUSCULAR, PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA, NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y FUERZA DE PRENSIÓN MANUAL, EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS AL PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DEL CESFAM PLAZA JUSTICIA, DE LA CIUDAD DE VALPARAÍSO*. Universidad de Valparaíso.
- Álvarez, I., Vega, V., Farhang, M., Álvarez, L., González, F., & Spencer, H. (2023). Quality of Life of Elderly People with Severe Intellectual Disabilities in Chile. *Revista Ciencias de La Salud*, 21(3), 1–17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11646>
- Álvarez, J., Díaz, R., Peña, M., Lepe, M., & Galarce, N. (2019). *Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados según el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de dependencia realizado en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo durante el periodo 2017-2018*. Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.
- Arévalo-Avecillas, D., Game, C., Padilla-Lozano, C., & Wong, N. (2019). Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información Tecnológica*, 30(5), 271–282. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
- Berrío, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192–194. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.04.001>

- Besoain-Saldaña, Á., Sanhueza, J., Hizaut, M., Rojas, V., Ortega, H., & Aliaga-Castillo, V. (2020). Community-Based Rehabilitation (CBR) in primary care centers in Chile. *Revista de Saúde Pública*, 54, 38. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999>
- Botero De Mejía, B., & Pico, M. (2007). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12, 11–24.
- Campos-Tapia, A., Meda-Lara, R., & Corona-Figueroa, B. (2022). Caracterización de los determinantes sociales de la salud del envejecimiento activo en estudios enfocados a la calidad de vida: mapeo sistemático. *CienciaUAT*, 17–34. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v17i1.1562>
- Cardona Arango, D., & Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones Population aging in the twenty-first century: opportunities, challenges and concerns. *Barranquilla (Col.)*, 28(2), 335–348.
- Cardona-Arias, J., & Higuera-Gutiérrez, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cubana Salud Pública*, 40(2), 175–189. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003
- Casals-Vázquez, C., Suárez-Cadenas, E., Estébanez Carvajal, F. M., Aguilar Trujillo, M. P., Jiménez Arcos, M., & Vázquez Sánchez, M. Á. (2017). Relación entre calidad de vida, actividad física, alimentación, y control glucémico con la sarcopenia de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.1070>
- CEPAL. (2006). *Indicadores de calidad de vida en la vejez*.
- CEPAL. (2021). *Derechos humanos de las personas mayores en Chile en tiempos de pandemia: acciones de promoción desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)*. [https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio#:~:text=En%20Chile%20hay%203.449.362,%3B%20Naciones%20Unidas%20C%202019\)](https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio#:~:text=En%20Chile%20hay%203.449.362,%3B%20Naciones%20Unidas%20C%202019)).
- CEPAL. (2023). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
- Cornejo-Ovalle, M., Delgado-Becerra, I., Molina, X., & Masferrer, D. (2022). Instrumentos para medir la capacidad funcional intrínseca y la fragilidad de personas mayores en la

- Atención Primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 150(7), 930–943. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000700930>
- Creagh-Peña, M., García-Ones, D., & Valdes-Cruz, R. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad Population aging as challenge of the science, the technique and society. In *Revista Habanera de Ciencias Médicas* (Vol. 14, Issue 6). <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 579–586. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>
- Flores-Tena, M., Deocano-Ruiz, Y., Llamas-Salguero, F., & Jiménez Morales, J. (2024). Active aging with leisure and free time activities for a better quality of life. In *Retos* (Vol. 51). <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>
- Gajardo, J., Moreno, X., Fuentes-García, A., Moraga, C., Briceño. Constanza, & Cifuentes, D. (2020). Percepción usuaria de beneficios en salud del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. *Revista Médica Chile*, 148, 304–310. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000300304>
- Gallardo-Peralta, L., Sanchez-Moreno, E., & Herrera, S. (2022). Aging and Family Relationships among Aymara, Mapuche and Non-Indigenous People: Exploring How Social Support, Family Functioning, and Self-Perceived Health Are Related to Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9247. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159247>
- Galván, M. (2014). ¿QUE ES CALIDAD DE VIDA? <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html#nota0>
- García-García, J., Reding-Bernal, A., & López-Alvarenga, J. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 217–224. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72715-7](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7)
- Glasinovic, A., Rodríguez, C., Martín, P., González, D., Guzmán, R., Ureta, M., Pérez, I., Feferholtz, Y., & Valenzuela, M.(2022). Efectividad a mediano plazo de un programa multidimensional en personas mayores en centros diurnos en Chile. *Revista Médica de Chile*, 150(1), 23–32. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000100023>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2022). *ENVEJECIMIENTO EN CHILE: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población.*

- Leiva, A., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., Ramírez-Alarcón, K., Petermann-Rocha, F., Cigarroa, I., Díaz, X., & Celis-Morales, C. (2020). Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, *148*(6), 799–809. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>
- López Rincón, F., Morales Jinez, A., Ugarte Esquivel, A., Rodríguez Mejía, L., Hernández Torres, J., & Sauza Niño, L.(2019). Comparison of the perception of health-related quality of life between older men and women. *Enfermería Global*, *18*(2), 410–425. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.331781>
- Lowick-Russell, J. (2010). *Ley para abordar el maltrato a personas mayores en Chile: evidencias, tratamiento normativo y desafíos inmediatos*. https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/JLRA_Ley_Maltrato_PM_Chile.pdf
- Lutz, M., Fernández, J., & Arancibia, M. (2020). USO DE MEDICAMENTOS Y PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INADECUADAS EN ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES: ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO. *Archivos de Medicina Familiar y General*, *17*(1), 26–34. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/149/131>
- Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Estudios Experimentales 2 Parte: Estudios Cuasi-Experimentales. *International Journal of Morphology*, *33*(1), 382–387. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022015000100060>
- Martínez, M., Aucapán, A., Muñoz, L., & Silva, C. (2018). Percepciones Psicosociales de Adultos Mayores participantes en el programas “Mas adultos mayores autovalentes” del CESFAM Dr. Pedro Jáuregui, Osorno, Chile. *Horizonte de Enfermería*, *29*(2), 75–88. https://doi.org/107764/Horiz_Enferm.29.2.138-151
- Melo, F., & Aravena, L. (2016). *EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL PROGRAMA “MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES” SOBRE LAS HABILIDADES COGNITIVAS EN USUARIOS DEL CESFAM TUCAPEL DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN, AÑO 2016*. Universidad del Desarrollo.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (n.d.-a). *Aporte Previsional Solidario de Vejez*. Retrieved May 21, 2024, from https://www.reddeproteccion.cl/fichas/aporte_previsional_solidario_de_vejez

- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (n.d.-b). *Pensión Garantizada Universal*. Retrieved May 21, 2024, from https://www.reddeproteccion.cl/fichas/pension_garantizada_universal
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2018). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) 2017*.
- Ministerio de Salud. (2014). *PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES MINSAL 2014*. http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/473/Programa-Nacional-de-Personas-Adultas-Mayores-04-03_14.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud. (2015). *ORIENTACIÓN TÉCNICA PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES*.
- Ministerio de Salud. (2023, July 7). *Plan AUGE-GES*. [https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2464-plan-auge-ges#:~:text=Descripci%C3%B3n,de%20Salud%20Previsional%20\(ISAPRE\)](https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2464-plan-auge-ges#:~:text=Descripci%C3%B3n,de%20Salud%20Previsional%20(ISAPRE)).
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113–126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>
- Organización de Naciones Unidas. (2019). *World Population Ageing 2019*.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de La Salud*, 17, 385–387.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *PROGRAMA DE SALUD MENTAL WHOQOL Calidad de vida*.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43126/9243592386_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Década del Envejecimiento Saludable: 2021-2023*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones>.
- Osorio, P., Torrejón, M., & Anigstein, M. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista MAD*, 0(24). <https://doi.org/10.5354/0718-0527.2011.13531>

- Panamerican Health Organization. (2011). *La salud de los adultos mayores: Una visión compartida*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Pilger, C., Menon, M., & Mathias, T. (2011). Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(5), 1230–1238. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500022>
- Rendón-Macías, M., & Villasis-Keever, M. (2017). El protocolo de investigación V: el cálculo del tamaño de muestra. *Revista Alergia México*, *64*(2), 220–227. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i2.267>
- Robles-Espinoza, A., Rubio-Jurado, B., De la Rosa-Galván, E., & Nava-Zavala, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, *11*(3), 120–125. www.medigraphic.org.mx Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud
- Robles-Robles, M., Yáñez-Yáñez, R., & Cigarroa, I. (2022). Relación entre sarcopenia y calidad de vida en personas mayores chilenas autovalentes y dependientes leves de dos ciudades del sur de Chile. *Salud Uninorte*, *37*(02), 422–441. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.97>
- Sánchez R., & Albala B. (2004). Desigualdades en salud: adulto en comunas del Gran Santiago. *Revista Médica de Chile*, *132*(4). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004000400007>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (n.d.). *Qué es SENAMA*. Retrieved May 21, 2024, from <https://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2013). *Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025* (1st ed., Vol. 1).
- Superintendencia de Salud. (n.d.). *Garantías Explícitas en Salud (GES)*. Retrieved May 21, 2024, from <https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#:~:text=Son%20cuatro%20garant%C3%ADas%20exigibles%20por,de%20salud%20vigentes%20por%20Decreto>.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Médica de Chile*, *139*(8), 1006–1014. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005>