



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA – LIMA 2018

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Gerontología

Autor

Santisteban Rojas, Pascual Roman

Asesora

Vigo Ayastas, Elsa Regina

ORCID: 0000-0002-4090-8887

Jurado

Barreto Montalvo, Juan Francisco

Rojas Arce, Consuelo Gladys

Chagua Pariona, Norma Celinda

Lima - Perú

2026

REPORTE DE ANÁLISIS DE SIMILITUD

Archivo:	1A- PASCUAL ROMAN SANTISTEBAN ROJAS-urkund-2021
Fecha del análisis:	1/12/2021
Operador del programa informático:	Astete Llerena, Johnny Tomas
Correo del operador del Programa informático:	jastete@unfv.edu.pe
Porcentaje:	03 %
Título	RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA – LIMA. 2018
Asesor:	Vigo Ayastas, Elsa Regina
Enlace:	https://secure.urkund.com/view/115190511-290467-479998



DRA. MIRIAM LILIANA FLORES CORONADO
JEFA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE
PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA – LIMA 2018**

Línea de investigación:

Salud Mental

Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Gerontología

Autor

Santisteban Rojas, Pascual Roman

Asesor

Vigo Ayastas, Elsa Regina

ORCID: 0000-0002-4090-8887

Jurado

Barreto Montalvo, Juan Francisco

Rojas Arce, Consuelo Gladys

Chagua Pariona, Norma Celinda

Lima – Perú

2026

DEDICATORIA

A mis padres, Martha D. Rojas Natividad y Román Santisteban Macavilca, por haberme dado la vida, su amor y exigencias para llegar a ser lo que soy actualmente.

A mi única hija, Karol, a su madre, que son el impulso para culminar este y otras metas a lo largo de los años. A mi nieto Khamil.

A mis hermanos, Oscar, Miguel, Pablo y Rubén, especialmente a Oscar Pedro, por los momentos vividos juntos, de niños y también de adultos. Por su apoyo y otros.

A mis sobrinos y sobrinas, Adolph, Cecilia, Camila y Sophie, especialmente y los otros ... muchos.

A mi cuñada Silvia Rosana.

A mis ex alumnos, por el aliento a la culminación con este objetivo.

Pascual Román

AGRADECIMIENTO

A mi hermano menor, Oscar Pedro, “el comandante” por su apoyo en la culminación de esta investigación. Por su exigencia y meticulosidad.

A mis ex alumnas y ex alumnos de la UAP y UNAB, por su ayuda, durante los años 2019 y 2020, especialmente a las de las escuelas de Obstetricia y Psicología.

A mis colegas docentes de la UNAB, UAP, UNFV, por su apoyo moral y académico.

Al personal del hospital de los hospitales de Barranca y Supe, por su apoyo logístico y emocional.

Pascual Román

ÍNDICE

RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Descripción del problema	12
1.3. Formulación del Problema.....	16
1.3.1. Problema general	16
1.3.2. Problemas específicos	16
1.4. Antecedentes	17
1.4.1. Antecedentes Internacionales.....	17
1.4.2. Antecedentes Nacionales	19
1.5. Justificación e importancia	23
1.5.1. Justificación de la investigación	23
1.5.2. Importancia	24
1.6. Limitaciones de la investigación.....	24
1.7. Objetivos.....	25
1.7.1. Objetivos General	25
1.7.2. Objetivos específicos	25
1.8. Hipótesis	25
1.8.1. Hipótesis General.....	25
1.8.2. Hipótesis específicas.....	26
II. MARCO TEÓRICO.....	27
2.1 Marco conceptual.....	27
2.1.1 Demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor).....	27
2.1.2 Diagnóstico y Evaluación	27
2.1.3 Criterios clínicos de demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) DSM-IV V 28	
2.1.4 Perturbación de la actividad constructiva y ejecutiva (disfunción constructiva y disfunción ejecutiva).....	29
2.1.5 Calidad de Vida, nivel de vida.....	29
2.1.6 Área mental: Calidad de vida relacionada con la condición mental	30
2.1.7 Área social: Calidad de vida en el ámbito social	31
2.1.8 Modelo conceptual de nivel (calidad) de vida	31
2.1.9 El modelo CIF	32
2.1.10 Estructura	33
2.2 Conceptos Básicos	35
III. MÉTODO	36
3.1 Tipo de investigación.....	36
3.2 Diseño metodológico	36

	5
3.3 Población y muestra.....	37
3.3.1 Población.....	37
3.3.2 Muestra	37
3.4. Operacionalización de variables	37
3.4.1. Definición conceptual: Variable demencia Senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor).....	37
3.2.2 Definición Conceptual: Variable Calidad de Vida	38
3.5. Instrumentos de recolección de datos	39
3.5.1 La observación	39
3.5.2 Instrumentos de recolección de datos	40
3.5.3 Descripción de los instrumentos	40
3.5.4 Validez de los instrumentos	41
3.5.5 Opinión de expertos	41
3.6 Procedimientos y Análisis de Datos	43
IV. RESULTADOS.....	44
4.1 Resultados descriptivos.....	44
4.2 Resultados Inferenciales	53
4.2.1 Prueba de Normalidad.....	53
4.2.2 Prueba de Hipótesis General	53
4.2.3 Prueba de Hipótesis Específicas	54
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	58
VI. CONCLUSIONES	60
VII. RECOMENDACIONES.....	62
VIII. REFERENCIAS	66
IX. ANEXOS.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable X	38
Tabla 2. Operacionalización de la variable Y.....	39
Tabla 3. Relación Jueces expertos	41
Tabla 4. Alfa de Cronbach variable X.....	42
Tabla 5. Alfa de Cronbach variable Y	42
Tabla 6. Resultados descriptivos variable demencia senil	44
Tabla 7. Resultados descriptivos dimensión lesiones cerebrales.....	45
Tabla 8. Resultados descriptivos dimensión disminución cognitiva	46
Tabla 9. Resultados descriptivos dimensión disminución de capacidad funcional	47
Tabla 10. Resultados descriptivos dimensión disminución de metabolismo	48
Tabla 11. Resultados descriptivos de la variable calidad de vida	49
Tabla 12. Resultados descriptivos dimensión función física.....	50.
Tabla 13. Resultados descriptivos dimensión bienestar	51
Tabla 14. Resultados descriptivos la dimensión satisfacción con la vida	52
Tabla 15. Prueba de normalidad de las variables según Kolmogorov-Smirnov.....	53
Tabla 16. Correlación de la prueba de hipótesis general	54
Tabla 17. Correlación de la prueba de hipótesis específica 1	55
Tabla 18. Correlación de la prueba de hipótesis específica 2.....	56
Tabla 19. Correlación de la prueba de hipótesis específica 3.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo relacional del funcionamiento y la discapacidad - CIF	33
Figura 2. Calidad de Vida enfoque multidimensional	34
Figura 3. Gráfico de la variable demencia senil.....	44
Figura 4. Gráfico de la dimensión lesiones cerebrales de la variable demencia senil	45
Figura 5. Gráfico de la dimensión disminución cognitiva de la variable demencia senil.....	46
Figura 6. Gráfico de la dimensión capacidad funcional de la variable demencia senil	47
Figura 7. Gráfico de la dimensión disminución de metabolismo de la variable.....	48
Figura 8. Gráfico de la variable calidad de vida.....	49
Figura 9. Gráfico de la dimensión función física de la calidad de vida.....	50
Figura 10. Gráfico de la dimensión bienestar de la variable calidad de vida.....	51
Figura 11. Gráfico de la dimensión satisfacción con la vida de la calidad de vida.....	52

RESUMEN

En la investigación titulada Relación entre Demencia Senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la Calidad de vida de pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca – Lima. 2018, el objetivo fue determinar la relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca – Lima 2018. La investigación corresponde a un diseño no experimental de tipo aplicativo, nivel descriptivo correlacional, dentro del enfoque cuantitativo. Como instrumentos se utilizaron los cuestionarios de 20 preguntas para cada paciente, graduado en la escala de Likert, con una muestra de 103 pacientes, los cuales previamente fueron validados por expertos tanto el constructo como la fiabilidad haciendo uso de la fórmula estadística del alfa de Cronbach. Se procesó la información obtenida empleando el software SPSS. Los resultados muestran que la mayoría de las dimensiones estudiadas de la variable demencia senil, se ubican en el nivel leve e intermedio y la variable calidad de vida, en el nivel malo y regular, que demuestran, la apreciación de cada uno de los pacientes encuestados. Se concluye que existe relación significativa directa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca – Lima, 2018, cuya relación de las variables es directa muy fuerte de 0,947.

Palabras clave: demencia senil, bienestar, calidad de vida.

ABSTRACT

The research project, titled "Relationship between Senile Dementia and Quality of Life in Patients at the Cajatambo Hospital in Barranca, Lima, 2018," aimed to determine the relationship between senile dementia and the quality of life of patients at the Cajatambo Hospital in Barranca, Lima, in 2018. The research employed a non-experimental, applied, descriptive-correlational design within a quantitative approach. Data was collected using 20-question Likert-scale questionnaires administered to each patient. The sample consisted of 103 patients, and the questionnaires had been previously validated by experts for both construct validity and reliability using Cronbach's alpha. The data were processed using SPSS software. The results show that most of the dimensions studied for the senile dementia variable fell at the mild and intermediate levels, while the quality of life variable fell at the poor and fair levels, reflecting the perceptions of each of the surveyed patients. It is concluded that there is a significant direct relationship between senile dementia and the quality of life of patients at the Cajatambo Hospital in Barranca, Lima, 2018, with a very strong direct correlation coefficient of 0.947.

Keywords: senile-dementia, well-being, quality of life.

I. INTRODUCCIÓN

Una investigación tiene una posible respuesta al problema planteado (Medina Carrillo, 2007), esta posible respuesta resulta ser la hipótesis que se plantea inicialmente, cuyo valor se conoce después de someter a la prueba de hipótesis que se realiza al terminar la investigación, cuyo resultado puede ser positivo o negativo (Inzunza Cazares y Jiménez Ramírez, 2013), dependiendo si se acepta la hipótesis nula o alterna, planteados previamente, como consecuencia de probar la relación que existe entre las variables como son, demencia senil y calidad de vida. La presente investigación es de tipo aplicativo, nivel descriptivo correlacional, de corte transversal desarrollado dentro del paradigma cuantitativo, de tendencia no experimental.

El trabajo consta de cinco capítulos: Capítulo I, abarca los antecedentes del problema de investigación, descripción del problema, planteamiento del problema, problema general y específico, objetivos generales y específicos, justificación, importancia, definición de variables. Capítulo II, se considera, el marco conceptual, operacionalización de las variables hipótesis generales y específicas. Capítulo III, contiene la parte metodológica del estudio, conteniendo el diseño de la metodología, tipo y nivel del diseño del estudio, enfoque, población y la muestra, los instrumentos y las técnicas para recolectar los datos, validación y credibilidad del método, modo de procesar los datos, analizarlos. Capítulo IV, presentación de resultados, prueba de hipótesis general y específicas. Capítulo V, considera la discusión de resultado, conclusiones y recomendaciones. En las discusiones, la comparación con los antecedentes de otros autores, fue crucial. Por otro lado, se manifiesta en las conclusiones, el potencial uso de estos resultados para el inicio de una nueva investigación. Finalmente, se adjuntan la bibliografía consultada, la que ubica en los anexos de la investigación, a la vez que todos los documentos utilizados durante el proceso de toda la investigación.

1.1. Planteamiento del problema

La demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) representa un desafío creciente para la salud pública a nivel mundial, afectando significativamente la calidad de vida de los individuos y generando una carga considerable para los sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en 2018, más de 55 millones de personas vivían con demencia en todo el mundo, con un costo anual estimado de 1 billón de dólares.

La prevalencia de la demencia varía según la región geográfica lo que permite identificar el problema con diferentes características, así es como se muestra en:

Asia: En 2021, la región de Asia Oriental reportó una prevalencia de 1.74 millones de casos, con una tasa estandarizada por edad de 0.73% (intervalo de confianza del 95%: 0.68–0.78). Asimismo, el problema de la desaceleración demográfica, donde sus pirámides poblacionales se encuentran bastante conformadas por adultos mayores, ello empieza a parecer un problema grave en el área de salud, dado que el incremento de esta etapa de vida, se acompaña con ciertas morbilidades como la demencia, ello conlleva una serie de problemas tanto para los pacientes, sus familiares y la sociedad. Boletín informativo-ENEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018)

- Europa: Europa Occidental presentó una prevalencia de 0.77 millones de casos en 2021, con una tasa estandarizada por edad de 0.15% (intervalo de confianza del 95%: 0.13–0.18).
- América: América del Norte de ingresos altos reportó 0.55 millones de casos en 2021, con una tasa estandarizada por edad de 0.15% (intervalo de confianza del 95%: 0.13–0.18).

- América Latina y el Caribe: La prevalencia de demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) en adultos mayores es del 11%, siendo más prevalente en mujeres y en áreas urbanas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) destaca que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en América Latina y el Caribe, con una carga significativamente mayor en mujeres (p.45).

Perú: En un estudio realizado en 2024, se identificaron factores de riesgo modificables para la demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) en la población peruana, incluyendo menor nivel educativo, pérdida auditiva, hipertensión y obesidad. Siendo un impacto negativo la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) en la calidad de vida en un individuo, el relato cuantitativo por región es preocupante lo que permite sostener la investigación desarrollada.

A pesar de la creciente prevalencia de la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y su impacto en la calidad de vida, existe una limitada investigación específica en el contexto peruano. La identificación de factores de riesgo y la comprensión de cómo la demencia afecta la calidad de vida en la población peruana son esenciales para desarrollar políticas de salud pública efectivas y programas de intervención adecuados.

1.2. Descripción del problema

Según Fernández Ballesteros (2009), la demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) es un síndrome que se encuentra relacionado a la edad, es por ello su denominación senil, y, por tanto, relacionada con el envejecimiento progresivo de las personas y el aumento de su expectativa de vida. Considerando como problema prioritario en la atención de estos pacientes requiere de variedad de recursos, no solo materiales sino también físicos por parte de la familia, la evolución de la enfermedad

no se detiene en el tiempo y tiende a demorar la calidad de vida de la persona. Eventualmente la atención de estos adultos se deriva a una unidad de larga estancia, es esta, la demencia, es una de las mayores causas de incapacidad y dependencia a nivel mundial (Rota Zaratiegui, 2014). Es por ello la importancia de la presente investigación donde se busca establecer la relación de la calidad de vida que puede presentarse en pacientes con demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) a fin de encontrar factores que puede ser sujetos de modificación y condicionen un envejecimiento saludable o en medida de lo posible, un envejecimiento digno (PAHO 2021-2030). (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021)

Entonces envejecer es un proceso natural y heterogéneo, no encierra una enfermedad *per se* (Tejada Anria y Gordon de Isaacs, 2022), sin embargo, existen factores asociados que van a determinar el desarrollo de diferentes morbilidades en el adulto mayor. Actualmente, es una realidad que el rol del adulto mayor tiene una forma activa dentro del núcleo familiar (Berezaluce Falcón y Palacios Ortiz, 2007), según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI, los hogares en Perú son conducidos por adultos mayores en un 26,3%.

Cuando se contabiliza la totalidad de hogares en el Perú se encuentra que el 26,3% son encabezados por una persona de 60 años a más edad. De los cuales el 31,6% esta conducidas por mujeres adultas mayores y un 24,4% restante son varones. Es por ello que se puede decir que se espera que el adulto mayor tenga un comportamiento coherente y aceptable en la sociedad, por tanto, es primordial preservar su salud para que sus habilidades cognitivas le permitan llevar y manejar sus roles de manera adecuada.

En nuestro país , según la estructura de la pirámide poblacional, por edad, en el año 2017, el 61,7% se encontraban entre los 15 - 59 años de edad y el 11,9% con 60 años a más; asimismo se observa que la pirámide de constitución del envejecimiento de la población durante el intervalo entre 1993 a 2017, tiene una disminución dentro los que se encuentran bordeando los 15 años , la población joven ha decrecido de 37,0% a 26,4%; por otro lado, vemos un aumento de 3 puntos desde un 7% al 11,9% en la porción correspondiente a adultos (mayores de 60 años). El orden se ha invertido, por cada 10 niños con edad inferior a 15 años, hay cinco personas adultas mayores de 60 años de edad, según el censo del 2017 que desarrollo el INEI. (INEI, 2019)

En nuestro país, si bien tenemos una población que se orienta predominantemente a joven y adulto joven, el porcentaje de adultos mayores no es una cifra que desmerezca considerar en las diferentes investigaciones; en este caso, direccionado al aspecto de salud. El INEI (2015), reporta que el sector de adultos es alrededor de 3 millones 11 mil 50 personas, equivalente a un 9,7% del total de habitantes, siendo 1 millón 404 mil 974 de adultos mayores hombres (46,6%). La población, está conformada por alrededor de un 1/3 de adultos mayores, los cuales se deben cuidar para que no desarrollen patologías que sean discapacitantes, que eleven los costos en la familia, para el cuidado de él mismo y en la sociedad. Son muchos los casos donde un adulto mayor manteniendo un estilo de vida aceptable pronto recae en una morbilidad crónica, generando su institucionalización. En esta investigación se busca describir a la demencia senil, una de las morbilidades más frecuentes e incapacitantes en esta etapa de vida, y su relación con la calidad de vida de los pacientes, en aras de prevenir la demencia senil y promover una vejez sana.

El proceso de pérdida de capacidades cognitivas, es decir la demencia, merma áreas importantes del desarrollo personal tales como la memoria, el desarrollo del

pensamiento (Martínez, 2005), el despliegue de orientación en espacio, tiempo y persona, la comprensión y procesamiento de la información, el cálculo, el aprendizaje, la elaboración y emisión del habla y lenguaje, así como el razonamiento y juicio (OMS, 2017). A pesar de tener varias meras en el área cognitiva el espacio de la conciencia se ha mostrado no tener algún grado de afección sin embargo este deterioro usualmente se acompaña y precede afectación emocional, asimismo del desenvolvimiento social o la razón de motivación, son frecuentes y son un problema de salud pública. Las demencias (Trastorno Neurocognitivo Mayor) en prevalencia se constituyen dentro del tercer puesto en el ranking de importancia de problemas sanitarios dado al importante coste económico que acarrear (Herrera Pérez, 2011).

Si nos avocamos a las cifras esta dolencia, la demencia senil, (Trastorno Neurocognitivo Mayor) ocupa el cuarto puesto de acuerdo al orden de prevalencia de causa de mortalidad en adultos mayores. Se ha visto que la incidencia por año en las personas de edad avanzada mayores de 80 años es del 4 %. Si se considera la gravedad de la demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) se ha encontrado que la leve aparece en el 10 % de pacientes mayores a 65 años, en el 5% la grave. La mitad de los pacientes se encuentran en condiciones institucionalizadas, es decir, en residencias de cuidado donde yacen enfermos de larga data con la condición demencia (Rota Zaratiegui, 2014).

Las personas con demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) asumen gradualmente un “crítico interno”, se dice que estas personas se vuelven agresivas, se deprimen o quieren consumir el alcohol o dedicarse a algún vicio es decir va perdiendo su “critico Interno” (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2023).

Conforme avanzan las etapas, el desenvolvimiento del paciente con demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) se puede tornar violento, estas situaciones

usualmente aparecen a la hora del baño o situaciones de discomfort físico o alteración de la rutina diaria, usualmente se presentan en las etapas avanzadas de demencia senil, (Trastorno Neurocognitivo Mayor) también presentan frustraciones por no poder realizar ciertas actividades (Huang, 2022), algunas ejemplificaciones del comportamiento consisten en robar objetos de las tiendas sin pagarlos o desnudarse en público causando problemas o molestando a otra gente. Estas razones nos motivan a realizar la presente investigación, verificar la relación de estas dos variables demencia senil y calidad de vida, planteando el siguiente problema de investigación.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Qué relación existe entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca – Lima 2018?

1.3.2. Problemas específicos

¿Qué relación existe entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en la función física de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca – Lima 2018?

¿Qué relación existe entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto bienestar de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima 2018?

¿Qué relación existe entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto satisfacción con la vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima 2018?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Lluesma Vidal (2017) “Calidad de vida en pacientes con demencia no institucionalizados: Una perspectiva enfermera”. España: Universidad CEU Cardenal Herrera; desarrollo el estudio con una muestra en 57 pacientes consultados, se halló que la autopercepción de la salud empeoraba al tener más enfermedades; sin embargo, no se halla relación estadística de ello, a mayores morbilidades se mantenía el estado de salud sin cambios. Otras variables estudiadas como la de actividad física y nutricional-metabólica no variaron mucho. De acuerdo a la espera mental y social se encontró que el test MMSE (Mini-Examen del Estado Mental) tenía una relación inversa con la edad y la dimensión social obtuvo puntajes bajos. Asimismo, la valoración del sueño se correlacionaba a peor puntuación del sueño y era concordante con una calidad de vida menor. Finalmente se determinó que la calidad de vida estaba en relación significativamente estadística con el estado de salud, estado funcional el nivel de actividad ansiedad, sueño, insomnio y estado de ánimo.

Ribot Reyes et al. (2016), en el estudio “Calidad de vida y la demencia”, se revisó en 29 referencias consultadas mediante las búsquedas bibliográficas Scielo y PubMed en las cuales se encontró que, si bien existen gran cantidad de estudios sobre la calidad de vida, ello no cuenta con un instrumento o escala de medición uniforme, tanto en contenido teórico, como metodológico. Asimismo, concluyó que las mismas definiciones de estos dos conceptos (calidad de vida y demencia) difieren en las 29 referencias consultadas, siendo este un vacío a completar en futuras investigaciones.

Forjaz y Rodríguez-Blázquez (2015) “Salud y Calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas” estudiaron una muestra con 525 participantes, todos ellos adultos mayores institucionalizados con demencia. Mediante

el uso de la escala “Quality of Life-Alzheimer Disease” (QOL-AD) hallaron que la depresión y el estado funcional fueron las dos variables que resultaban estadísticamente significativas en las tres mediciones de calidad de vida. Asimismo, aquellos participantes que contaban con hijos vivos estaban asociados significativamente a una mejora calidad de vida. Otros factores estudiados que tuvieron una relación significativa con los determinantes de calidad de vida de la escala QOL-AD fueron: la cantidad de visitas y la toma de parte en actividades de ocio.

León Salas (2014) en su tesis doctoral “Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas”, encontró qué tanto el estado de salud como la apatía fueron los principales determinantes de la calidad de vida entre la población estudiada, ello se extrajo del uso de Quality of Life–Alzheimer’s Disease (QoL-AD). Observó también, que la dependencia funcional también parece implicar una disminución de la calidad de vida del paciente institucionalizado. La investigación se realizó en una población de 137 personas institucionalizadas, diagnosticadas de demencia, tomando en cuenta el uso de criterios de DSM-IV. Concluyó que, en la atención se debe priorizar al tratamiento de problemas como la apatía, que mayoritariamente tiene repercusiones sobre el nivel (calidad) de vida de las personas con demencia senil institucionalizada.

Schölzel-Dorenbos (2011) presenta la tesis doctoral titulada “Quality of life in dementia from concept to practice”, un estudio acerca del área teórica acerca de la información que actualmente se sabe de ambos conceptos (calidad de vida y demencia) y el área práctica de cómo la calidad de vida se desarrolla en el entorno de los pacientes diagnosticados con demencia, contempla también a los cuidadores como parte de la población investigada. A ellos se les aplica escalas donde se busca clasificar el grado de afectación de su calidad de vida por los cuidados dados a los pacientes con demencia. Además, analiza si alguna intervención modifica de forma satisfactoria la calidad de

vida en demencia. Cuando el estudio tuvo en cuenta el SEIQoL (escala para la evaluación de la calidad de vida individual), los determinantes relevantes de individuo en particular, la población calificó las cinco áreas en la vida más importantes, y a través de un programa de análisis de regresión múltiple se calculó las contribuciones relativas de cada área. Según el índice SWIQoL que tiene un rango usual de 0-100, se encontró el puntaje de 79,9 lo cual equivale a que esta población puede ser tipificada como ancianos sanos. El mismo índice, como antes mencionamos, los cuidadores también estaban incluidos en el estudio, tuvo resultados de 62,2 puntuación menor comparada con la población anciana respecto a su perspectiva de la calidad de vida que llevan.

1.4.2. Antecedentes Nacionales

Herrera Pérez (2011) en la tesis “Perfil clínico epidemiológico de la enfermedad de Alzheimer en el servicio de neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” en Lima, Perú; concluye que, como tópico de importancia en la salud pública, el envejecimiento es una morbilidad que incapacita y que se debe tomar en cuenta a la salud geriátrica con un tema emergente e importante en la salud pública. La enfermedad de Alzheimer es la causa principal de demencia; asimismo es la mayor causa de discapacidad en el adulto mayor, esa morbilidad genera un gran coste económico y social, es por ello la considerable relevancia de su investigación relacionada con los factores que se encuentran asociados al desarrollo del Alzheimer para formular las estrategias de salud y mejoras intentando disminuir la prevalencia de la enfermedad en cifras mundiales. El objetivo fue conocer el perfil clínico-epidemiológico de pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer, que asisten al servicio de neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC). Para ello se utilizó un diseño observacional, descriptivo y transversal porque solo se tomó

en un tiempo determinado, es decir fue un estudio del tipo serie de casos, se extrajeron los archivos clínicos a través de fuentes primarias como son las historias clínicas. Este estudio utilizó como muestra a los pacientes con enfermedad de Alzheimer diagnosticados los cuales son atendidos en los dispensarios del servicio de neurología. Se identificó a la muestra mediante la data electrónica que fue proveída por la oficina estadística del mencionado hospital además de las hojas de HIS donde se visualiza la atención de los consultorios externos. Después de seleccionada el grupo de estudio los datos se ingresaron a un registro electrónico a través de cuadros en Excel versión 2007, posteriormente fueron procesados utilizando el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: El grupo incluido en la investigación estaba constituido por 20 pacientes quienes cubrieron los criterios de inclusión. La edad promedio estuvo situada dentro de los 80,35 años, DE 9,172, la muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres (16 casos, 80%), el lugar de residencia más frecuente fue Lima Metropolitana y el Callao en todo el objeto muestral (19 de 19 personas). En el 50% de los pacientes se identificaron alteraciones de la glicemia (se realizó la prueba en 16 casos de los cuales 8 resultaron alterados) y también se identificó anemia en el 47,1% (8 casos de los 17). La prescripción de memantina se realizó en el 85% casos (Del total de 20 se prescribió 17), se usó antipsicótico en el 55% de los casos (11 de los 20).

Conclusión: Se constituyó el perfil clínico epidemiológico de la población con diagnóstico de Alzheimer, se encontró en mayoría mujer adulta mayor casada. Dentro de los factores de riesgo se identificó la diabetes y el hipercolesterolemia, para enfermedad de Alzheimer, ligera en los casos evaluados, pero si se ha observado presión alta. No se ha visto gran estudio sobre los factores de anemia y la hiperuricemia sin embargo son dos factores a considerar en estudios futuros.

Custodio et al. (2008) “Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: Estudio puerta a puerta”, investigación que tuvo como objetivo principal el cálculo de la prevalencia además de la identificación de los tipos de demencia en una población urbana de Lima. El diseño usado para el estudio de la población fue el muestreo por conglomerados en dos etapas, se realizó en instituciones de salud privadas y el grupo muestral escogido estuvo como conformado por 1 532 individuos mayores de 65 años. Se llevo a cabo en Cercado de Lima. El proceso consistió de evaluaciones neuropsicológicas breves, en el que los individuos realizaron el “Mini Mental State Examination” (MMSE), además de la “Prueba del Dibujo del Reloj” (PDR) y un cuestionario referente a actividades funcionales de Pfeffer (PFAQ). Además de los test presentados también el grupo de estudio fue evaluado con pruebas de laboratorio y un examen cerebral mediante tomografía computarizada. Se encontró dentro de la población estudiada 105 individuos con casos de demencia, del total de la población a nivel porcentual se presenta en 6,85% cifras de demencia. La enfermedad de Alzheimer se presentó como el diagnóstico más frecuente con un 56,2%; se vio además que esta incidencia aumentaba con la edad y se encontraba predominantemente en las mujeres. Se encontró una correlación de la prevalencia alta de demencia con la edad, género femenino y bajo nivel educativo. El estudio concluye que la prevalencia de demencia dentro de la población peruana investigada se concentra en un porcentaje de 6,85% siendo la demencia más frecuente la enfermedad de Alzheimer.

Robles Arana (2003) Adaptación del Mini-Mental State Examination, el estudio de tesis concluye que existe un notorio aumento dentro de los estratos etarios del adulto mayor además hay una marcada tendencia también al incremento de demencias. El estudio buscó la evaluación de la población escogida mediante el test del Mini-Mental State Examination (MMSE), éste fue aplicado a tres grupos muestrales

conformados por 345 personas sanas, 50 personas cuya condición diagnosticada era enfermedad de Alzheimer y 45 pacientes diagnosticados con depresión mayor. La población incluyó a sujetos mayores de 55 años. En el caso de individuos analfabetos se aplicó otras herramientas evaluadoras, sin embargo, no se encontraron estadísticamente correspondientes. Se probó la consistencia interna de la prueba, cuyo resultado de acuerdo al alfa de Cronbach fue de 0,62. La validez del producto se encontró mediante el aislamiento de 5 de los factores. Se comparó los casos de demencia con el criterio externo de deterioro, habiéndose encontrado el puntaje de corte de 23, siendo este un 86% sensible y 94% específica. La puntuación MMSE decrece según la edad, sin embargo, se encuentra en aumento con mayores niveles educativos; los pacientes identificados como analfabetos resultan con puntajes mucho menores que individuos con nivel educativo mayor. Los puntajes tanto de los sujetos sano y deprimidos son similares, además existe una amplia diferencia con la muestra de individuos con demencia. Los errores asociados con las respuestas son usuales y diversos en el grupo de demencia.

1.5. Justificación e importancia

1.5.1. Justificación de la investigación

La demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) presenta una problemática actual dadas las condiciones demográficas de la población, en la mayoría de países existe una tendencia al incremento de la esperanza de vida, los habitantes se hacen más longevos, pero han determinado que en los últimos 10 años de vida se viven con morbilidades como la demencia (WHO, 2025; PAHO, 2021). Se busca que envejecer se dé manera satisfactoria, que se pueda llegar a la edad adulta mayor siendo independiente en el aspecto físico, tomando sus propias decisiones y ejerciendo una participación activa en la sociedad (Hernández, 2021; Herrera Pérez, 2012; Hernández,

2025), ésta la importancia de la presente investigación donde se estudia la calidad de vida del paciente geronte y su relación con la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor), dado que reconociendo aquello, se pueden aplicar cambios para que el adulto mayor pueda conllevar una vida adecuada en las etapas donde se encuentra más vulnerable (Luna Salinas, 2016).

1.5.2. Importancia

Esta investigación es importante, por expresa el motivo, el objetivo y la meta a la que se pretendió llegar, siguiendo un diseño estructurado y adecuado para este tipo de investigación que nos llevó a un resultado final, porque se contó con las condiciones necesarias para realizarse: la participación pacientes adultos mayores necesarios, los cuales concurren al Hospital de Barranca-Cajatambo para ser atendidos. Asimismo, se tuvo los recursos necesarios para realizar el presente estudio: recursos humanos, población de estudio, autorización de recolección de encuestas, entre otros. Asimismo, en el proceso de investigación, la metodología planteada es familiar para el investigador, el mismo que posee amplio conocimiento del tema siendo su especialidad profesional. De acuerdo al acceso de datos, el investigador forma parte del personal de salud de la institución por tanto el acceso a la base de datos no representa problemática alguna.

1.6. Limitaciones de la investigación

Las dificultades se presentaron en la recolección de datos, donde el proceso de llenado de encuestas pudo no ser el adecuado, pero se superó mediante el llenado indirecto de la encuesta (por parte del familiar cercano).

Algunos adultos mayores del total de convocados a consulta llegaron, limitando el número y la población de estudio, pero esto no condicionó la investigación, el estudio

contó con un consentimiento informado, sin embargo, algunos pacientes no llegaron a firmar por temor, y por su condición voluntaria

1.7. Objetivos

1.7.1. *Objetivo general*

Determinar la relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca – Lima 2018.

1.7.2. *Objetivos específicos*

- Determinar la relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en la función física de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018.
- Determinar la relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y el nivel de vida en el aspecto bienestar de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima 2018.
- Determinar la relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y estilo de vida en el aspecto satisfacción con la vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima 2018.

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

Existe una relación significativa entre demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima 2018

1.8.2. Hipótesis específicas

- Existe una relación significativa entre demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y calidad de vida en la función física de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima 2018
- Existe una relación significativa entre demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y calidad de vida en el aspecto bienestar en los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima 2018
- Existe una relación significativa entre demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto satisfacción de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca-Lima 2018.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1 *Demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)*

La demencia se define como un daño importante de las funciones cognitivas. Si nos referimos al origen etimológico de la palabra deriva de la composición “de-” y “mens”, que en realidad significa inteligencia. La demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) como diagnóstico también se ha ramificado, siendo de acuerdo a la presencia en el segmento de edad, como senil o presenil, asimismo que categoriza como un síndrome cerebral orgánico o también llamado “atrofia cerebral”. Si nos suscitamos a la característica primordial de una demencia, es el aumento de varios daños a través del área cognitiva, se ven en déficits el uso de la memoria y episodios recurrentes de: afasia, dificultad para elaboración del lenguaje, apraxia, alteración de la manipulación o praxia, agnosia, una modificación, perturbación de la capacidad de identificar un concepto u actividad (Robaina Becerra et al., 2011).

2.1.2 *Diagnóstico y Evaluación*

La forma de diagnóstico es mediante el método clínico, especialmente para las falencias cognitivas, psicológicas o neurológicas, se utilizan criterios diagnósticos a través de cumplimiento de ciertas definiciones contempladas en el DSM IV o V también llamadas el Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV V); (American Psychological Association [APA], 1998).

Para la demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) los criterios más utilizados son aquellos plasmados a través del DSM-IV V, se deben cumplir criterios mayores y en mayoría de los listados, todos son de planteamiento clínico y la positividad de encontrarse los criterios en el paciente tiene un valor predictivo positivo

del 86 % (96 % en pacientes con edad mayor de 65 años y 82 % en personas menores de ese rango).

2.1.3 Criterios clínicos de demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) DSM-IV V

Se debe denotar el relevante deterioro de la memoria, tanto como su almacenamiento, a corto y a largo plazo; es decir, que se cumpla su déficit para el registro y recuperación de toda información entrante, asimismo como aquellos datos referentes a la familia o datos históricos de la persona, es decir información pasada.

Asimismo, debe haber alguna de estos déficits cognitivos:

Afasia: definido como la alteración del lenguaje (tanto del habla como de la comprensión), disomnia o disfasia anómica es aquella situación clínica donde el paciente no puede realizar la denominación del nombre de persona objetos o espacio, estereotipia y neologismos, así también presenta una prevalencia episodios de verbalización violenta o coprolalia.

Apraxia: se denomina al trastorno donde existe dificultad para llevar a cabo cierto movimiento o acción, la función motora se encuentra conservada sin embargo esta dificultad de movimiento se presenta. Es entonces una alteración en la ejecución de actividades de la vida cotidiana que eventualmente constituyen en una discapacidad.

Agnosia: Se constituye como la pérdida de la capacidad para el reconocimiento de cierta información previamente conocida como el nombre de un objeto o la identificación de algún familiar, los sentidos se encuentra inalterados, es decir se cuenta con visión tacto sin embargo no se logra identificar la denominación de las cosas. Este déficit se encuentra en etapas graves de déficit cognitivo.

2.1.4 *Perturbación de la actividad constructiva y ejecutiva (disfunción constructiva y disfunción ejecutiva)*

La dimensión (Trastorno Neurocognitivo Mayor) actividad constructiva es una de las más avanzadas dentro del procesamiento de la información cerebral, su alteración no nos permite realizar una acción compleja (es decir desarrollar el pensamiento abstracto, el saber como plantear una acción, el proceso de empezarla, su organización y control). La ejecución de las acciones, y juicio son asociaciones formuladas en el lóbulo frontal.

2.1.5 *Calidad de Vida, nivel de vida*

La calidad de vida (nivel de vida) es en sí una idea o concepción que reúne múltiples dimensiones, dentro de la estructura social, se conoce como aquella condición donde se puede vivir adecuadamente, de acuerdo a un contexto objetivo, además se alcanza bienestar mental psicológico en el contexto de las emociones intangibles, es decir, subjetivo. Dentro de la calidad de vida también se acuña la palabra satisfacción donde se puede decir que una persona logra sus necesidades elementales e individuales. (Schölzel-Dorenbos, 2011)

- Área física: nivel (calidad) de vida relacionada con el área de salud (CVRS)

Cuando hablamos de nivel de vida se encuentran varios aspectos de ella que repercuten directamente sobre la salud de las personas, esta es una herramienta contundente que se refiere específicamente a la salud de la persona, como la calidad *per se* es utilizada como un parámetro concreto en la evaluación de un paciente, además de la toma de indicaciones adecuadas para el tratamiento. Este término “calidad de vida” comenzó su uso en la década de los 90’s en los Estados Unidos de Norteamérica, donde el concepto fue desarrollado por dos corrientes importantes: Una la de investigación clínica que se basada en el estudio del «estado funcional», Ribot Reyes

et al. (2016) y la otra influencia estaba dada por una corriente psicológica que se basaba en el área psicológica. (Palomba, 2012)

El concepto del CVRS ha sido ampliamente apoyado por la literatura pues se entiende como una definición que consta de varias dimensiones, sin embargo, se mantiene como una unidad conceptual, está basada en lo que se sabe del bienestar, la parte emocional de las personas, un componente físico y sus interrelaciones sociales. Esta última dimensión, la social, a pesar de tener parte importante ha sido la última en ser considerada. (Palomba, 2012)

2.1.6 Área mental: Calidad de vida relacionada con la condición mental

Aquellas personas con algún tipo de discapacidad usualmente presentan diferentes obstáculos para ejecutar actividades de la vida diaria. Es importante que la comunidad facilite situaciones de participación e involucración de las personas con discapacidad, deben tener un desarrollo tanto en el ámbito política, de finanzas y economía y socio cultural. El proceso de enfermedades mentales presenta síntomas como la anhedonia, letargia, falta de comunicación e interacción social. Todo ello mella las relaciones interpersonales, además de las actividades cotidianas, incapacita a los pacientes y se generan estigmas sobre la enfermedad mental que padecen, lo que lleva a un rechazo de la comunidad. El estigma es un momento clave en el nivel de vida de los pacientes. Aquellos que padecen enfermedades mentales a menudo se encuentran discriminados por parte la sociedad que los rodea, posterior a ello hay muestras de sentimientos de culpa, violencia o peligrosidad. Todas las actitudes discriminatorias hacia las enfermedades mentales tienen un origen principal, en la carencia de correcta información, así como la incapacidad de inclusión social dentro de un colectivo. La calidad en la salud mental solo se logrará por medio de difundir mejor contenido informativo que aumente el nivel educacional de la población respecto a este tópico así

eliminando el estigma comunitario que se ha presentado. Fernández-López et al. (2010).

2.1.7 Área social: Calidad de vida en el ámbito social

Han existido a lo largo de la historia ciertas prerrogas y demandas sociales que han sido bien cubiertas, principalmente orientadas al aumento del empleo, mejoramiento de la estabilidad económica, que a lo largo del tiempo podrá contrarrestar las condiciones de pobreza que aquejan a gran número de la población.

Y es así como la integración de la sociedad cubana tuvo como base los siguientes principios: la democracia, la igualdad y accesibilidad al trabajo, el ingreso y aquellos servicios básicos que deben ser también sin deprivación universal, sin costo de educación o salud.

2.1.8 Modelo conceptual de nivel (calidad) de vida

En 1995 los autores Wilson y Clearly desarrollaron un modelo mediado por variables que se distinguían como las preponderantes dentro de la definición de calidad de vida, estos factores han sido validados a través del tiempo de forma empírica, se ha aplicado sobre ellos medidas de CVRS objetivables. (Palomba, 2012)

El modelo incluye una taxonomía de las variables usadas frecuentemente para medir CVRS y distingue la unión sucesiva y concatenada de tales variables que partiendo de las biológicas/fisiológicas que producen síntomas y alteran el estado funcional y la salud general percibida llegan a afectar finalmente a la calidad de vida global. El factor individual y las medioambiental actúa sobre estas variables.

Asimismo, el modelo se asienta sobre definir la calidad de vida como un concepto entero sin embargo no se ha ahondado sobre la más sobre su relación con la salud.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, se ha concentrado en desarrollar un modelo completo que ha reflexionado sobre varios procesos antes no tratados y como resultado se ha puesto en marcha otra clasificación: “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, CIF. Es un sistema que contempla la visión biológica, psicológica y social de la salud, abarcando de forma holística el global de la discapacidad.

Muchas literaturas han relacionado el modelo de Wilson & Clearly con la clasificación de la OMS, CIF, dado que se encuentra similitudes tanto en la valoración del contexto con definiciones de salud. Sin embargo, ambos modelos han sido desarrollados de forma separada, independiente. La principal diferencia es que el modelo CIF se presenta como uno más actual, que abarca factores más amplios de la definición caracterizando mejor la calidad en salud, maneja de forma holística las definiciones, además de clarificar conceptos en salud y CVRS. (Palomba, 2012)

2.1.9 El modelo CIF

Se describe como un modelo moderno para la comprensión del funcionamiento, discapacidad y salud. Como antes se ha visto ha sido presentado por la OMS en el marco conceptual de conocer la definición de ciertas patologías en salud. Estos conceptos son referenciales, cuenta con términos estandarizados, que ayudan a describir la salud y tiene como parámetro dos principios principales que sirven de estructura los cuales son:

- 1) *universalidad* (dado que la condición de discapacidad es inherente a todas las personas, es decir no hay razón de exoneración),
- 2) *continuidad* (es una condición que sigue durante toda la existencia).

2.1.10 Estructura

Se constituye de componentes como la fisiología o función corporal como algún elemento estructural o biológico. Como bien se sabe aquellos elementos de los cuales se carece pronto torna en deficiencias de capacidad o de función. La actividad es el segundo componente donde se realizan diversas tareas, consta de la ejecución y es donde se vislumbran aquellas «limitaciones» del individuo. En la tercera parte tenemos a la participación en donde se desarrolla todo aquello referente a las relaciones interpersonales, donde existan situaciones sociales además es donde el individuo conoce sus delimitaciones.

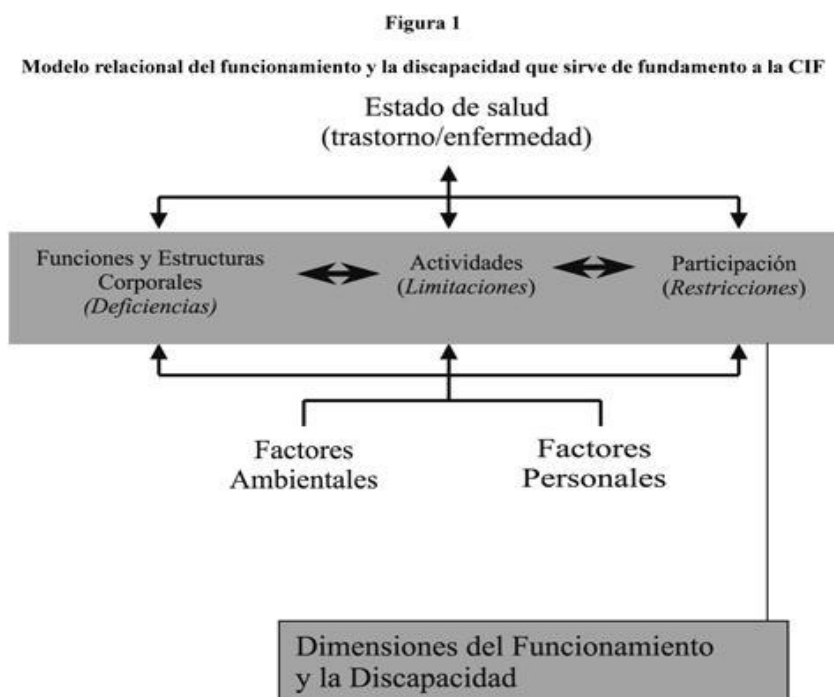
La fisiología orgánica habla de cómo nuestro cuerpo de desenvuelve, se ejemplifica mediante la bien llamada *Fuerza de los músculos que se localizan en la mitad inferior del cuerpo*, que es definida como «Funciones relacionadas con la fuerza generada por contracción de los músculos y grupos de músculos que se encuentran en la mitad inferior del cuerpo». Cuando se realizan acciones se ve cómo se presenta la participación y la ejecución de acciones, todo se involucra en una situación necesaria para la vida, necesitamos el deambular o el realizar deporte.

Los tres conceptos antes mencionados se integran mediante el «funcionamiento» y «discapacidad» ellos para ser entendidos, se debe saber cómo aquella condición saludable, que, además, se relaciona con factores internos del individuo y también algunos del entorno. «Funcionamiento» es una palabra acuñada para entender la funcionabilidad, toda ejecución de acción y participación, de ella se sacan aquellos momentos positivos. Por el contrario, la «discapacidad» es el concepto que consiste en aquellas restricciones dónde se ve como el comportamiento está delimitado. Esta tiene una connotación negativa para el individuo, tanto puede ser condición fisiológica y factores del entorno, medioambiental. Es por ello que hay una

relación estrecha entre los dos conceptos, un binomio, siendo este el “core” del modelo CIF planteado. Son los dos conceptos relacionados que dependen de la salud del individuo y el contexto donde se desarrolla. La teoría que sustenta el CIF se representa en la Figura N°1, que está a continuación

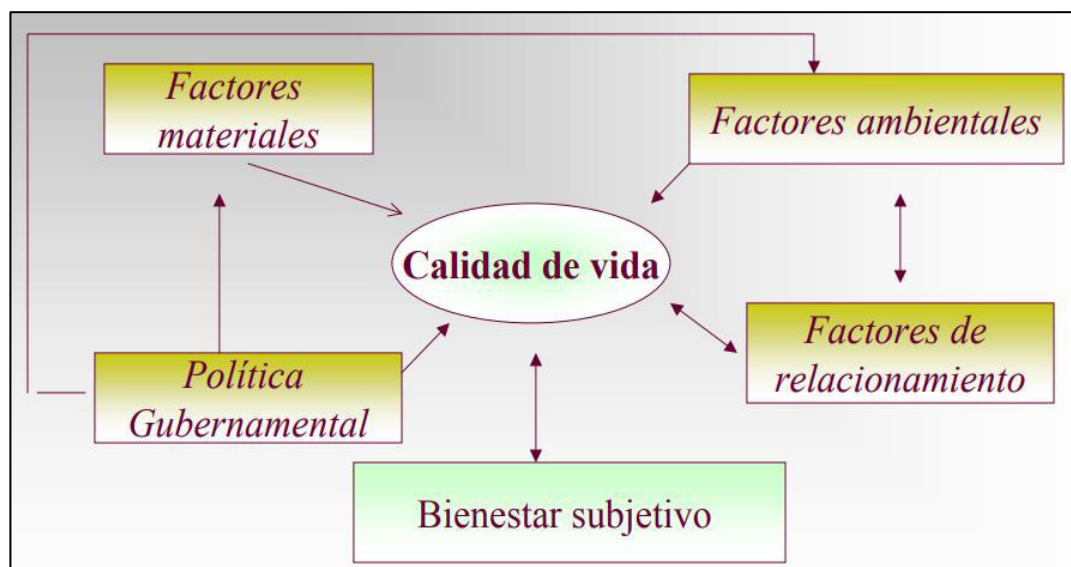
Figura 1

Modelo relacional del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento a la CIF



Fuente: Fernández-López et al. (2010).

La Figura 1, detalla, el factor contexto está relacionado como *externos o ambientales*, también se menciona como internos a los factores *individuales*. Cuando se habla de los factores ambientales se refiere a la actuación social, a la estructura arquitectónica, el relieve geográfico, el sistema legal, etc. Son individuales e inherentes para la edad, al género, la experiencia personal, la carrera académica, algún comportamiento, el carácter, etc. Se debe considerar la importancia del contexto del individuo porque este se va a presentar como una barrera o como un facilitador.

Figura 2*Calidad de Vida enfoque multidimensional*

Fuente: Schölzel-Dorenbos (2011).

Según la Figura 2, muchos autores asumen una relación causa efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

2.2 Conceptos Básicos

Calidad de vida: Es la actitud y percepción de bienestar, objetivada por los individuos siendo la suma de situaciones subjetivas e individuales usualmente definidas como el de «sentirse bien» (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

Demencia senil: (Trastorno Neurocognitivo Mayor) caracteriza a las dolencias neurológicas que son usualmente de larga data, crónicas, progresan en el tiempo, además se sabe que el déficit proviene de diferentes lóbulos cerebrales que deteriora varias funciones cognitivas superiores como la memoria u orientación, sin afectar a la conciencia. Este deterioro esta antecedido por algún tipo de alteración en las emociones o el desenvolvimiento emocional, social y de motivación. (Martínez, 2005)

Adulto mayor: Grupo etario mayor de 60 años

Discapacidad: Funcionabilidad alterada, aquello que genera una limitación de ejecución de acciones.

Salud: estado completo, entero, donde se goza de bienestar tanto biológico, psicológico y social, sin que sea condición contemplar la presencia de enfermedad. (OMS, 2013)

Aspecto físico: Forma como nos percibimos a nosotros mismos, tanto como individuos, como seres que formamos parte de una sociedad (Celis, 2018).

Autoestima: Visión que una persona tiene de sí misma. (BIREME/OPS/OMS, s.f.).

Social: Ordenamiento de posiciones sociales establecido por ciertos patrones de comportamiento. (BIREME/OPS/OMS, s.f.).

Afasia: Alteración del área del proceso de comprensión y elaboración del lenguaje donde se encuentra una incapacidad para denominar a objetos, *anomia*, si bien se describe correctamente existe un vacío a la hora de emitir una denominación. Esta alteración aparece cuando se lesiona el hemisferio dominante usualmente aquellas lesiones del lóbulo temporal. (BIREME/OPS/OMS, s.f.).

Apraxia: Es un trastorno cognitivo complejo donde se dificulta la ejecución de ciertas actividades, estas habilidades que antes si se contaban pero que por algún déficit motor o sensorial se han perdido. (BIREME/OPS/OMS, s.f.).

Agnosia: Lesión que se caracteriza por no responder o reconocer las sensaciones a pesar de existir estímulo de ellas. (Ardila, 2015)

Síndrome disejecutivo: Incapacidad para llevar a cabo acciones complejas que se visualizan en el comportamiento del individuo. (Gómez Beldarrain, 2007).

III. MÉTODO

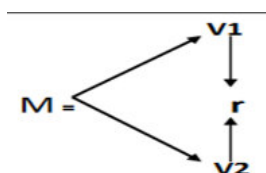
3.1 Tipo de investigación

La investigación se describe como investigación aplicada, en vista que está dirigida a la aplicación del conocimiento a la realidad tal cual y como se encuentra en una situación espacio-tiempo dada (Ribot Reyes et al., 2016, p. 14).

El presente trabajo pertenece al nivel descriptivo correlacional, porque el comportamiento de las variables, cuyos resultados se describieron utilizando la literatura y de las apreciaciones que provienen de la muestra de sujetos, que se tratan de explicar a través de la descripción los hechos que se presentan después de realizar el comportamiento

3.2 Diseño metodológico

El diseño es no experimental, de tendencia correlacional, de corte transversal, lo que indica que no se manipulará ni se someterán a pruebas las variables de estudio. Es “transversal por que se aplica en un espacio y tiempo único.” (Hernández et al., 2010, p.124.).



Dónde:

M= Muestra de la población

VX= Variable1: demencia senil

VY= Variable2: calidad de vida

r = Coeficiente de correlación entre variables

Enfoque

De acuerdo con Hernández et al. (2010, p.4) el estudio se realiza dentro del enfoque cuantitativo, utilizando los datos recogidos para realizar numéricamente el valor de correlación de las variables a través de la prueba de hipótesis, y representando la descripción a través de la estadística descriptiva.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Según Hernández et al. (2010, p. 235), “población” es entendido como un conglomerado de datos que se identifican con una serie de particularidades. La población debe situarse con claridad teniendo en cuenta sus características de contenido, de lugar y de tiempo. La población estuvo conformada por los 140 pacientes en el área de adulto mayor, que son atendidos en el Hospital Cajatambo de Barranca-Lima 2018.

3.3.2 Muestra

Es un subconjunto de la muestra. Según Hernández et al. (2010, p. 175). La población del presente estudio se determinó utilizando la formula general

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (0.50) \cdot 140}{(0.05)^2(140 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (0.50)} = 103$$

N =	140
Z =	1,96
P =	0,5
Q =	0,5
d =	0,05



n = 103 pacientes.

3.4. Operacionalización de variables

3.4.1. Definición conceptual: Variable demencia Senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

Demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor) es un concepto genérico que no define a una enfermedad en particular sino a una serie conglomerada de sintomatologías que están relacionados con alteraciones cognitivas, como la disminución de la memoria todas ellas peyoran en la capacidad del individuo para desenvolverse en su día a día. Dentro de la

demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) se considera las características como las lesiones cerebrales, lo que implica disminución cognoscitiva, así como disminución de capacidad funcional y la disminución del metabolismo. Asimismo, la enfermedad de Alzheimer, en un 60 al 80 por ciento del total de los casos. El segundo tipo más frecuente encontrado es la demencia por alteraciones vasculares, esta se da en casos de ACV o también denominados accidente cerebrovascular. No solo morbilidades están asociadas a la demencia sino también algunas otras enfermedades de condiciones des regulativas como por ejemplo déficit de vitaminas y alteraciones de la tiroides/metabolismo. La demencia es usualmente relacionada con la "demencia senil", (Trastorno Neurocognitivo Mayor) este concepto ya es arcaico e incorrecto, ya que la disfunción mental es parte del envejecimiento fisiológico.

Tabla 1

Operacionalización de la variable X

Variab ^{les} "X „	Dimensiones	Ítems	Nivel /Rango	Scala Likert
Demencia Senil (Trastorno Neurocogniti vo Mayor)	Lesiones cerebrales	1,2,3, 4,5, 7,	- Leve - Intermedio - Fuerte	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
	Disminución cognoscitiva	8,9, 10,		
	Disminución de capacidad funcional	12,13,14, 15,		
	Disminución del metabolismo	16,17, 18,19,20		

3.4.2 Definición Conceptual: Variable Calidad de Vida

Durante muchas décadas se ha acuñado el término «calidad de vida» nombrando numerosos factores relacionados con la salud, la función física/biológica, la adaptación, tanto social como psicológica, además se identifica la satisfacción con la vida y felicidad. El sentido de la palabra tiene una definición cultural y de un fenómeno social que no puede ser ajeno a su

definición filosófica siendo pues la calidad un constructo de la vida en bienestar, ello desafía su connotación científica.

De manera general, calidad de vida son las condiciones, todo aquello que se realice y que caracterice el valor de la vida³ o el grado de que tenga el individuo de acuerdo a su salud y sus motivaciones.

Tabla 2

Operacionalización de la variable: Calidad de vida

Variable “Y”	Dimensiones	Itms	Nivel/rango	Scala Likert
Calidad de vida	Función física	1,2, 3,4, 5,6,7, 8,9,10, 11,12,13,	– Malo – Regular – Bueno	1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre
	Bienestar	14,		
		15,16		
	Satisfacción con la vida	17,18, 19, 20		

3.5. Instrumentos de recolección de datos

3.5.1 La observación

Es una técnica de suma importancia que siempre se utiliza para observar a las personas objeto de nuestro estudio en el mismo lugar de los hechos, donde se encuentran desarrollando sus actividades en forma normal, de la que se pueden recoger los datos que son necesarios para la investigación, Además, se ha realizado una encuesta a las personas pertinentes, para recabar mayor información y poder reforzar a la encuesta mediante comentarios.

3.5.2 Instrumentos de recolección de datos

Es entendido con los todos lo que nos permiten recolectar los datos de la investigación, a fin de realizar la evaluación de la variable, para ello se utilizó como instrumento el cuestionario, diseñado para la variable, lo que nos permitió recolectar los datos cuantitativos.

3.5.3 Descripción de los instrumentos

De acuerdo a las recomendaciones de Carrasco Díaz (2015, p.318) utilizamos un cuestionario adecuado para recoger la información. En nuestro caso utilizamos un cuestionario diseñado en sus cuatro dimensiones. Asimismo, manifestó que: “El cuestionario contiene preguntas claras, precisas, ordenadas, elaboradas en hojas, que se presentan a los encuestados a fin de recoger información, todas ellas formuladas con claridad, precisión, que sean objetivas y fáciles de resolver”. (Carrasco Díaz, 2015, p.318)

Para este caso se elaboró un cuestionario con 20 preguntas para cada variable, la intención fue recoger la información requerida en la versión de los integrantes de la población objetivo, lo que permitió obtener los resultados a través de las herramientas estadísticas.

Validez.

La validez del instrumento, es el grado de precisión que demuestra dicho instrumento, al respecto Carrasco Díaz (2015) manifestó que: “La validez se da en diferentes grados y es necesario caracterizar el tipo de validez de la prueba” (p.142).

3.5.4 Validez de los instrumentos

La evaluación de la validez y verificación de la confiabilidad de los instrumentos de las variables: Demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y Calidad de vida, los mismos que fueron revisados por jueces expertos los que validaron el constructo de los instrumentos mediante el uso de las estadísticas adecuadas al caso.

3.5.5 Opinión de expertos

El instrumento fue enviado a los especialistas tanto metodólogo y temático a fin de que verifiquen la forma como se ha construido las preguntas de los dos instrumentos, luego sus opiniones fueron acatadas por el investigador, considerando de suma importancia que nos permitió aplicar a la muestra de estudios.

Tabla 3

Relación de jueces expertos

Nº	Experto	Confiabilidad
Experto 1	Dr. Glenn Lozano Zanelly	Aplicable
Experto 2	Dra. Juana Rosa Ramos Vera	Aplicable
Experto 3	Dra. Gisella Patricia Lacherre Rodriguez	Aplicable

La tabla 3 nos muestra a los profesionales especializados quienes determinaron la validez de contenido mediante juicio de expertos, donde los jueces indicaron que los ítems oscilan entre el 85% y 90% calificado como Muy Bueno y considerándosele aplicable a la muestra de 103 pacientes. Posteriormente, se evaluó la confiabilidad mediante una prueba piloto..." considerándosele aplicable a la Muestra.

Confiabilidad

El criterio de confiabilidad del instrumento, se determinó en base al alfa de Cronbach que se demuestra en la siguiente tabla.

Criterio de confiabilidad de valores.

No es confiable	: -1 a 0
Baja confiabilidad	: 0.01 a 0. 49
Moderada confiabilidad	: 0.5 a 0.75

Fuerte confiabilidad : 0.76 a 0.89

Alta confiabilidad : 0.9 a 1

Formula del coeficiente Alfa Cronbach

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

K: El número de ítems

S_i²: Sumatoria de Varianzas de los Items

S_t²: Varianza de la suma de los Items

α: Coeficiente de Alfa de Cronbach

La fórmula determina el grado de consistencia y precisión, teniendo en cuenta los valores que se detallan a continuación.

Tabla 4

Variable “X” - Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,811	20

Tabla 5

Variable “Y” - Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,831	20

Según el detalle de los valores de las tablas 4 y 5, se observa que los instrumentos diseñados para la presente investigación presentan una fuerte confiabilidad. Estos fueron aplicados en una prueba piloto de 20 elementos bajo la escala Likert; al calcular el coeficiente alfa de Cronbach, se obtuvo un resultado de 0.811 para la variable X y de 0.831 para la

variable Y. Al encontrarse en el intervalo de 0.75 a 0.89, se demuestra la sólida confiabilidad de los contenidos analizados.

3.6 Procedimientos y Análisis de datos

Después de haber recogido los datos necesarios, pasamos a la fase de procesamiento, aplicando la estadística descriptiva, lo que permite visualizar los resultados en modo frecuencias y porcentajes, facilitando la interpretar a través del análisis descriptivo y análisis inferencial . Seguidamente se procede comprobar las hipótesis, empleando la prueba de normalidad utilizando el coeficiente de correlación de Pearson mediante el software estadístico SPSS versión 25.0 como parte del análisis inferencial.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos

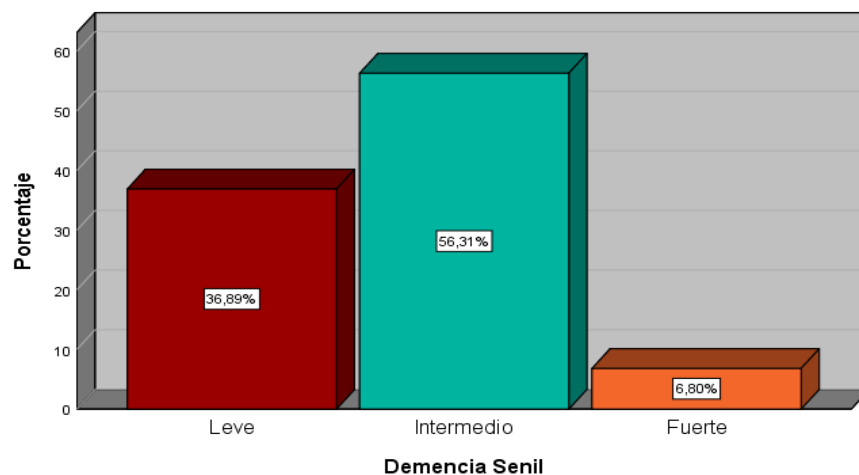
Tabla 6

Variable demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leve	38	36,9%
	Intermedio	58	56,3%
	Fuerte	7	6,8%
	Total	103	100%

Figura 3

Gráfico de la variable demencia senil .. (Trastorno Neurocognitivo Mayor)



Interpretación.

La tabla 6 y figura 3, presenta que, 38 encuestados que representan el 36,9% manifiestan que la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) es leve, 58 de los encuestados que representa el 56,3% manifiestan que es intermedio, y 7 de los encuestados que representan el 6,8% de los encuestados manifiestan que es fuerte.

Tabla 7

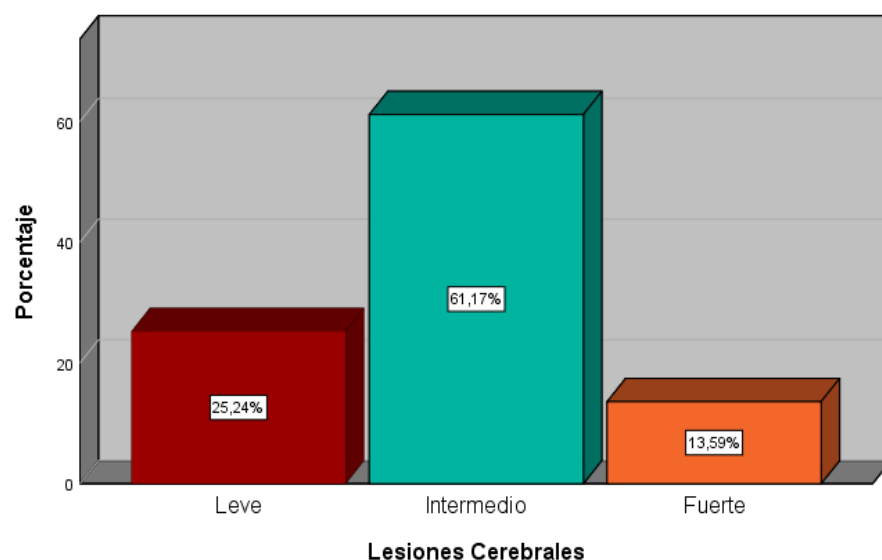
Dimensión lesiones cerebrales de variable demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leve	26	25,2%
	Intermedio	63	61,2%
	Fuerte	14	13,6%
	Total	103	100%

Fuente: Cuestionario de los encuestados a la muestra por el investigado

Figura 4

Gráfico de la dimensión lesiones cerebrales de la variable demencia senil . (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

**Interpretación.**

La tabla 7 y figura 4, presenta 26 encuestados que representan el 25,2% manifiestan que la lesión cerebral de la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) es leve, 63 de los encuestados que representan el 61,2% manifiestan que es intermedio, y 14 de los encuestados representando el 13,6% de los encuestados manifiestan que es fuerte.

Tabla 8

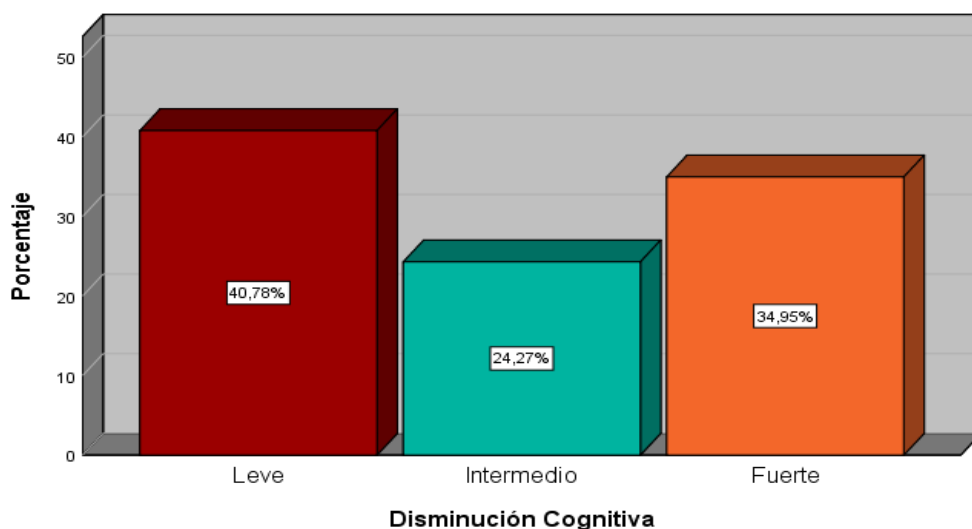
Dimensión disminución cognitiva de variable demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leve	42	40,8%
	Intermedio	25	24,3%
	Fuerte	36	35%
	Total	103	100%

Fuente: Cuestionario de los encuestados a la muestra por el investigado

Figura 5

Gráfico de la dimensión disminucion cognitiva de la variable demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor).



Interpretación.

La tabla 8 y figura 5, presenta que 42 encuestados que representan el 40,8% manifiestan que la disminución cognitiva de la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) es leve, 25 de los encuestados que representa el 24,3% manifiestan que es intermedio, y 36 de los encuestados representando el 35% de los encuestados manifiestan que es fuerte.

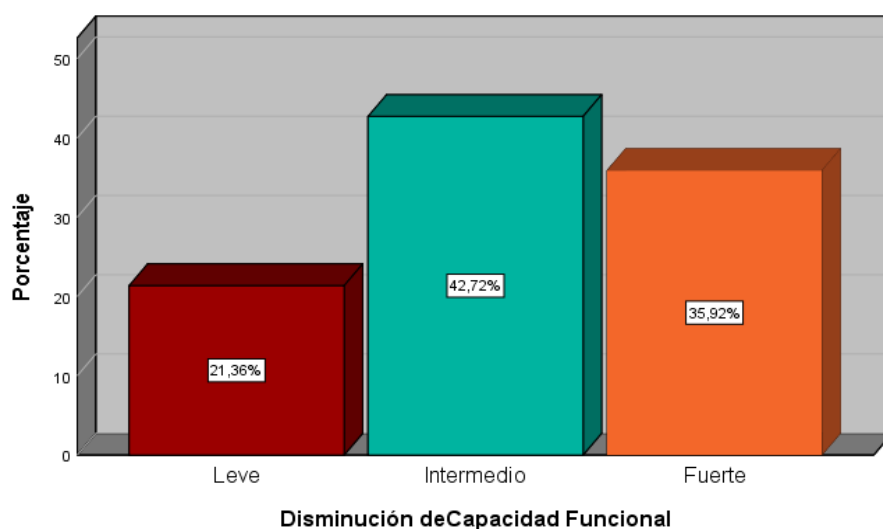
Tabla 9

Dimensión disminución de capacidad funcional de variable demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leve	22	21,4%
	Intermedio	44	42,7%
	Fuerte	37	35,9%
	Total	103	100%

Figura 6

Gráfico de la dimensión capacidad funcional de la variable demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)



Interpretación.

La tabla 9 y figura 6, presenta 22 encuestados que representan el 21,4% manifiestan que la disminución de capacidad funcional la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) es leve, 44 de los encuestados que representa el 42,7% manifiestan que es intermedio, y 37 de los encuestados representando el 35.9% de los encuestados manifiestan que es fuerte

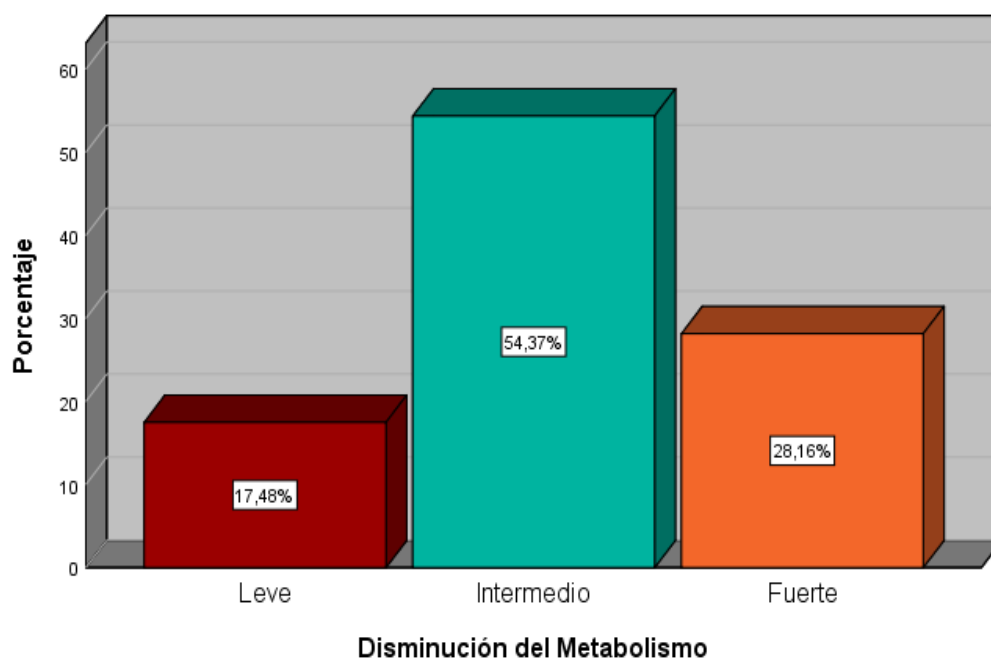
Tabla 10

Dimensión disminución de metabolismo de variable demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leve	18	17,5%
	Intermedio	56	54,4%
	Fuerte	29	28,2%
	Total	103	100%

Figura 7

Gráfico de la dimensión disminucion de metabolismo de la variable demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

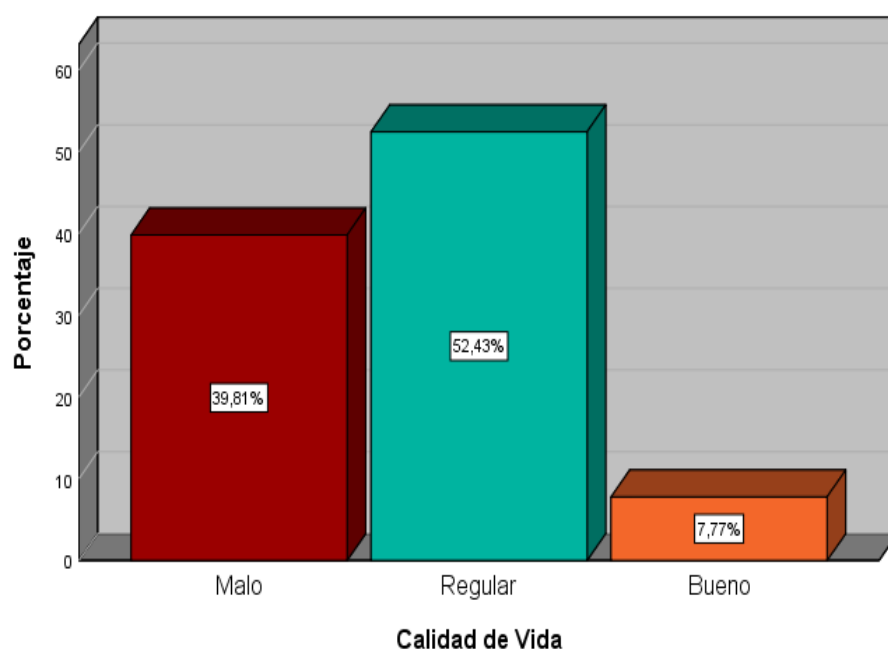


Interpretación.

La tabla 10 y figura 7, presenta 18 encuestados que representan el 17,5% manifiestan que la disminución del metabolismo de la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) es leve, 56 de los encuestados que representa el 54,4% manifiestan que es intermedio, y 29 de los encuestados representando el 28,2% de los encuestados manifiestan que es fuerte

Tabla 11*Variable calidad de vida.*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	41	39,8%
	Regular	54	52,4%
	Bueno	8	7,8%
	Total	103	100%

Figura 8*Gráfico de la variable calidad de vida.***Interpretación.**

La tabla 11 y figura 8, presenta, 41 encuestados que representan el 39,8% manifiestan que la calidad de vida es mala, 54 de los encuestados que representa el 52,4% manifiestan que es regular, y 8 de los encuestados representando el 7,8% de los encuestados manifiestan que es bueno.

Tabla 12

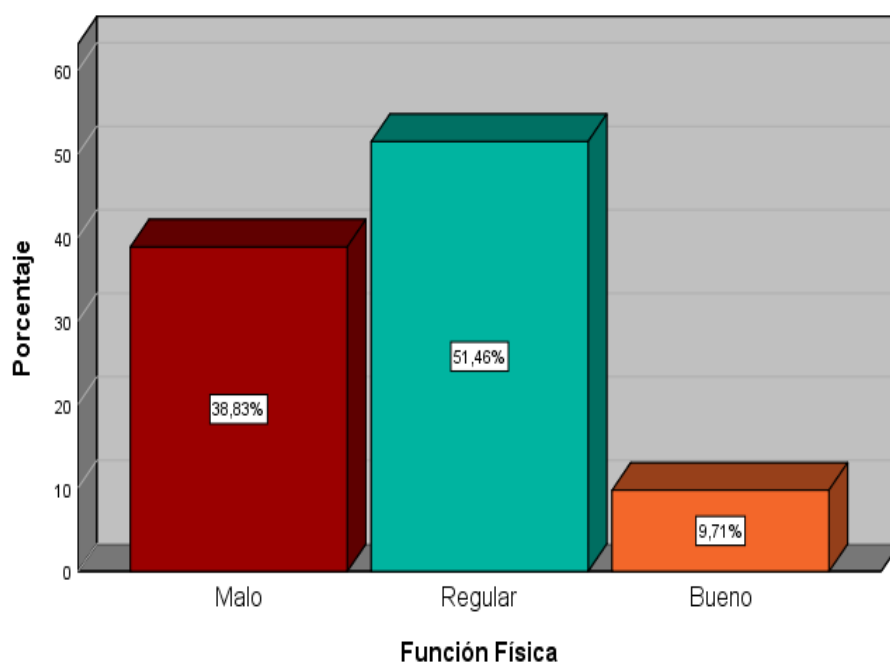
Dimensión función física de variable calidad de vida.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	40	38,8%
	Regular	53	51,5%
	Bueno	10	9,7%
	Total	103	100%

Fuente: Cuestionario de los encuestados a la muestra por el investigado

Figura 9

Gráfico de la dimensión función física de la calidad de vida



Interpretación.

La tabla 12 y figura 9, presenta, 40 encuestados que representan el 38,8% manifiestan que la función física de la calidad de vida es mala, 53 de los encuestados que representa el 51,5% manifiestan que es regular, y 10 de los encuestados representando el 9,7% de los encuestados manifiestan que es bueno.

Tabla 13

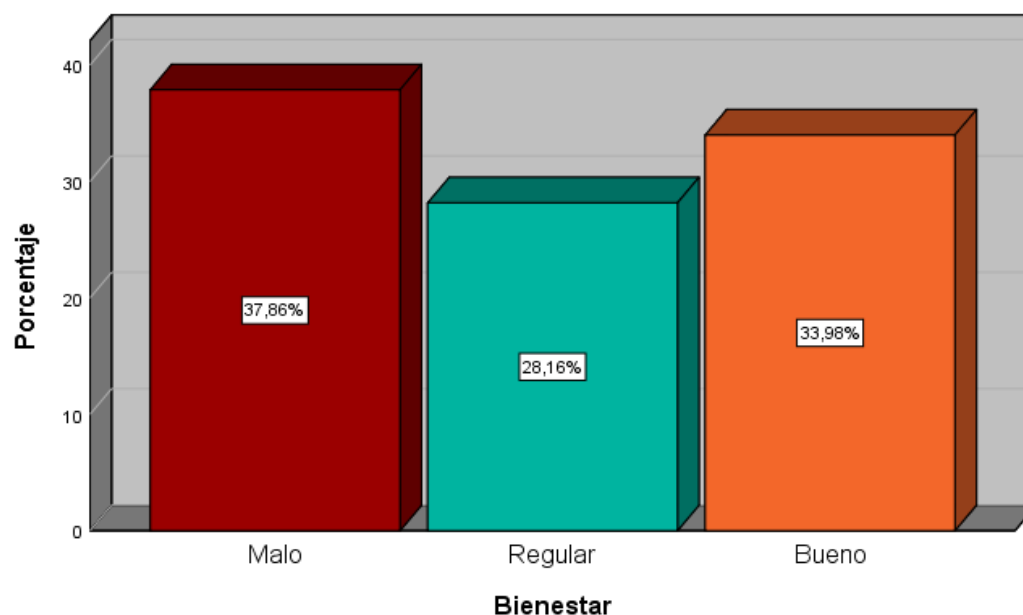
Dimensión bienestar de la variable calidad de vida.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	39	37,9%
	Regular	29	28,2%
	Bueno	35	34%
	Total	103	100%

Fuente: Cuestionario de los encuestados a la muestra por el investigado

Figura 10

Gráfico de la dimensión bienestar de la variable calidad de vida.



Interpretación.

La tabla 14 y figura 8, presenta 39 encuestados que representan el 37,9% manifiestan que el bienestar de la calidad de vida es malo, 29 de los encuestados que representa el 28,2% manifiestan que es regular, y 35 de los encuestados representando el 34,0% de los encuestados manifiestan que es bueno.

Tabla 14

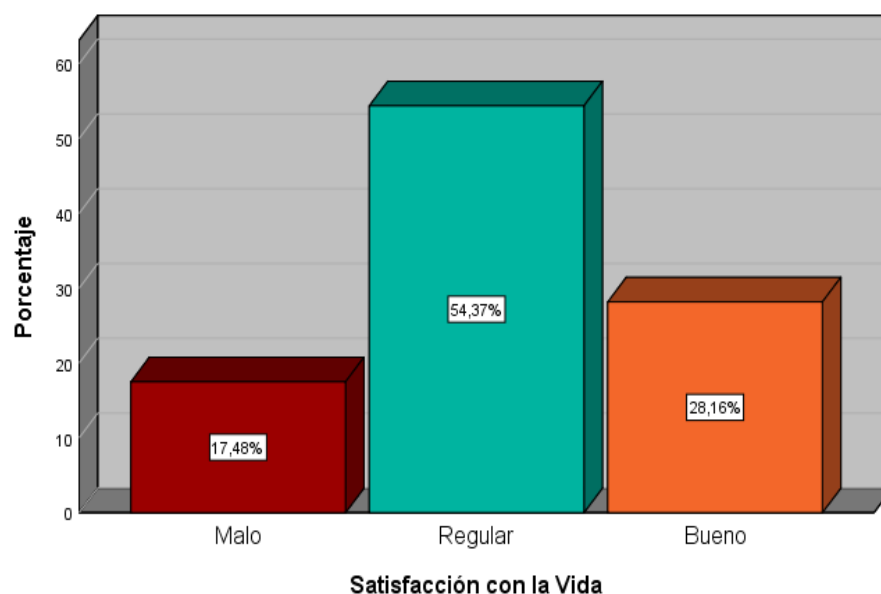
Dimensión satisfacción con la vida de la variable calidad de vida

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	18	17,5%
	Regular	56	54,4%
	Bueno	29	28,2%
	Total	103	100%

Fuente: Cuestionario de los encuestados a la muestra por el investigado

Figura 11

Gráfico de la dimensión satisfacción con la vida de la calidad de vida.



Interpretación.

La tabla 15 y figura 9, presenta, 18 encuestados que representan el 17,5% manifiestan que la satisfacción con la vida de la calidad de vida es mala, 56 de los encuestados que representa el 54,4% manifiestan que es regular, y 29 de los encuestados representando el 28,2% de los encuestados manifiestan que es bueno.

4.2 Resultados Inferenciales

4.2.1 Prueba de Normalidad

Tabla 15

Prueba de normalidad de las variables objeto de estudio según Kolmogorov-Smirnov^a.

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Demencia senil	,326	103	,100
Calidad de vida	,308	103	,060

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 15 podemos apreciar que el resultado de la prueba de normalidad, el sig es igual a 0,100 (demencia senil) (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y 0,060 (calidad de vida); resultando ser mayor a 0,05, estos resultados refieren que datos son de una distribución normal, direccionando aplicar estadística paramétrica. Por lo tanto, para la contratación de hipótesis se aplica el coeficiente de correlación de Person

4.2.2 Prueba de Hipótesis General

Hipótesis General

H nula = No existe relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018

H alterna =. Existe relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018

Tabla 16

Correlación de la prueba de hipótesis general de demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y calidad de vida

		Demencia senil	Calidad de vida
Demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)	Correlación de Pearson	1	,947**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	103	103
Calidad de vida	Correlación de Pearson	,947**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	103	103

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 16, detalla datos luego de someter a la prueba estadística, correlación de Pearson, para obtener si existe relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida, refiriendo que existe un valor de significancia (bilateral) 0,000; considerando el valor $p < 0.05$, lo que evidencia tomar la decisión de aceptar la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula, afirmándose que “Existe relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima . Y una correlación directa muy fuerte ya que el resultado es de 0,947.

4.2.3 Prueba de Hipótesis Específicas

Prueba de Hipótesis Especifica 1.

H_{nula} = No existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en la función físico de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018

H_{alterna} = Existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo

Mayor) y la calidad de vida en la función física de los pacientes del Hospital

Cajatambo de Barranca - Lima. 2018

Tabla 17

Correlación de la prueba de hipótesis específica 1

		Demencia senil	Función física
Demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)	Correlación de Pearson	1	,690**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	103	103
Función física	Correlación de Pearson	,690**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	103	103

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 17 se observa que: al someter a la prueba estadística, correlación de Pearson, si existe relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la función física, ya que valor de significancia (bilateral) 0,000; siendo el valor $p < 0.05$, evidencia suficiente para tomar la decisión de aceptar la hipótesis alterna 1, rechazando la hipótesis nula, afirmándose que: Existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en la función física de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018. Y una correlación directa fuerte cuyo valor es 0,690,

Prueba de Hipótesis Específica 2.

H_{nula} = No existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo

Mayor) y la calidad de vida en el aspecto bienestar de los pacientes del Hospital

Cajatambo de Barranca - Lima. 2018

H alterna =. Existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto bienestar de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018

Tabla 18

Correlación de la prueba de hipótesis específica 2

		Demencia senil	bienestar
Demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)	Correlación de	1	,824**
	Pearson		
	Sig. (bilateral)		,000
	N	103	103
Bienestar	Correlación de	,824**	1
	Pearson		
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	103	103

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 19 se observa que, al someter a la prueba estadística, correlación de Pearson, si existe relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y el bienestar, con valor de significancia (bilateral) 0,000; siendo el valor $p < 0.05$, evidencia suficiente para tomar la decisión de aceptar la hipótesis alterna 2, rechazando la hipótesis nula, afirmándose que: Existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto bienestar de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018. Y una correlación directa muy fuerte de valor 0,824.

Prueba de hipótesis Específica 3.

H nula = No existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno

Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto satisfacción con la vida de los pacientes del Hospital de Barranca – Cajatambo de Huacho- 2018

H alterna = Existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto satisfacción con la vida de los pacientes del Hospital de Barranca – Cajatambo de Huacho- 2018

Tabla 19

Correlación de la prueba de hipótesis específica 3

		Demencia senil	Satisfacción con la vida
Demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor)	Correlación de Pearson	1	,903**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	103	103
Satisfacción de vida	Correlación de Pearson	,903**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	103	103

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 19, se observa que: al someter a la prueba estadística, correlación de Pearson, si existe relación entre la demencia senil y satisfacción con la vida, con valor de significancia (bilateral) 0,000; siendo el valor $p < 0.05$, evidencia suficiente para tomar la decisión de aceptar la hipótesis alterna 3, rechazando la hipótesis nula, afirmándose que: Existe una relación significativa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto satisfacción con la vida de los pacientes del Hospital de Barranca – Cajatambo 2018. Y una correlación directa muy fuerte cuyo valor es de 0,903,

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El hallazgo de nuestro trabajo se asemeja al de Custodio et al. (2013), llegando a la conclusión de la prevalencia de demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor), en la que los resultados demuestran que dentro de la muestra los 103 casos de demencia son correspondientes al porcentual 6,85%, se encontró también en prevalencia que la enfermedad de Alzheimer era la más frecuente tanto en el 56,2% del total de la muestra, al ver el estudio de la enfermedad se vio que la incidencia de esta aumentaba tanto como con la edad que con el género siendo predominante en las mujeres; Los factores correlacionados según el análisis de regresión logística fueron: la edad, género femenino y nivel educativo bajo, ellos estuvieron con relación alta de acuerdo a la morbilidad. Conclusiones: Dentro del grupo estudiado se vio que la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) se presenta en el 6,85% de la población, como se ha visto en otras literaturas el Alzheimer se presenta como el diagnóstico más frecuente; los factores correlacionados son: la edad, el género femenino y el nivel educativo bajo.

De tal manera podemos explicar de la variable 1, demencia senil, (Trastorno Neurocognitivo Mayor) que el 36.9% de los participantes manifiestan que es leve, el 56.3% es intermedio, solamente el 6.8% manifiestan que es fuerte. De la misma manera en la variable 2, calidad de vida, el 39.8% de participantes manifiestan que es malo y el 52.4% contestan que es regular, el 7.8% manifiestan que es bueno, lo que significa que no existe muchos pacientes que presentan demencia senil fuerte, la mayoría tiene una enfermedad intermedia.

Al revisar las dimensiones de cada uno de las variables, se observan que la mayoría se encuentran ubicados en el nivel intermedio y regular, de tal manera en la dimensión lesiones cerebrales, el 25.2% participantes mencionan que es leve, el 61.2% mencionan que es intermedio, solamente el 13.6% de los encuestados mencionan que es fuerte. pudiendo percibir que los encuestados la gran mayoría observa que la enfermedad en el adulto la gran

mayoría lo ubica en el nivel intermedio. De la misma manera, en la dimensión cognitiva, el 40.8% de los encuestados mencionan que es bajo, 24.3% mencionan que es intermedio, el 35% mencionan que es fuerte, en la dimensión discapacidad funcional, 21.4% de los encuestados mencionan que es leve, 42.7% de los encuestados manifiestan que es intermedio, asimismo el 35.9% manifiestan que es fuerte. En la dimensión de metabolismo el 17.5% manifiestan que es leve, en esa misma línea 54.4% manifiestan que es intermedio, así como 28.5% manifiestan que es fuerte.

En ese mismo orden se observan en la variable 2 calidad de vida, en la dimensión fusión física el 38.8% de los encuestados mencionan que es malo, el 51.5% de los encuestados mencionan que es regular, solamente el 9.7% de los encuestados mencionan que es bueno. En la dimensión bienestar, el 37.9% de los encuestados manifiestan que es malo, el 38% de los encuestados mencionan que es regular, y 34% de los encuestados mencionan que es bueno. En la dimensión satisfacción con la vida, el 17.5% de los encuestados mencionan que es mala, el 54.4% de los encuestados informan que es regular, el 28.2% es bueno.

Consecuentemente la hipótesis, General refiere que si existe relación entre la demencia senil y la calidad de vida, refiriendo que existe un valor de significancia (bilateral) 0,000; considerando el valor $p < 0.05$, lo que evidencia tomar la decisión de aceptar la hipótesis alterna y rechazando la hipótesis nula, afirmándose que “Existe relación significativa entre la demencia senil y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. Y una correlación directa muy fuerte ya que el resultado es de 0,947.

VI. CONCLUSIONES

- **Objetivo general:** Determinar la relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes; al someter a la prueba estadística, correlación de Pearson, se determinó que si existe relación entre la demencia senil y la calidad de vida presentando la correlación directa muy fuerte de valor = 0,947, con valor de significancia (bilateral) 0,000; siendo el valor $p < 0.05$, evidencia suficiente para tomar la decisión de aceptar la hipótesis alterna general, rechazando la hipótesis nula, afirmándose que: Existe relación directa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018
- **Objetivos específicos 1:** Determinar la relación entre la demencia senil(Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en la función física de los pacientes; al someter a la prueba estadística, correlación de Pearson, se obtuvo como resultado que si existe relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la función física, presentando la correlación directa fuerte de valor = 0,690, y de significancia (bilateral) 0,000; siendo el valor $p < 0.05$, evidencia suficiente para tomar la decisión de aceptar la hipótesis específica 1, rechazando la hipótesis nula, afirmándose que: Existe una relación directa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en la función físico de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018
- **Objetivo específico 2:** Determinar la relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y el nivel de vida en el aspecto bienestar de los pacientes; al someter a la prueba estadística, correlación de Pearson, se identificó que si existe relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y el bienestar, presentando la correlación directa muy fuerte de valor = 0,824, con significancia

(bilateral) 0,000; siendo el valor $p < 0.05$, evidencia suficiente para tomar la decisión de aceptar la hipótesis alterna específica 2, rechazando la hipótesis nula, afirmándose que: Existe una relación directa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto bienestar de los pacientes del Hospital Cajatambo de Barranca - Lima. 2018

- Objetivo específico 3: Determinar la relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y estilo de vida en el aspecto satisfacción con la vida de los pacientes; al someter a la prueba estadística, correlacional de Pearson, se obtuvo como resultado que si existe relación entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y satisfacción con la vida, presentando la correlación directa muy fuerte de valor = 0,903, con valor de significancia (bilateral) 0,000; siendo el valor $p < 0.05$, evidencia suficiente para tomar la decisión de aceptar la hipótesis alterna específica 3, rechazando la hipótesis nula, afirmándose que: Existe una relación directa entre la demencia senil (Trastorno Neurocognitivo Mayor) y la calidad de vida en el aspecto satisfacción con la vida de los pacientes del Hospital de Barranca – Cajatambo de Huacho- 2018.

VII. RECOMENDACIONES

- Ante las evidencias encontradas en la investigación, recomendamos a las personas responsables de realizar en tratamiento de estas personas, deben manejar las estrategias de mantener en el nivel leve a fin de no degenerar la enfermedad, permitiendo que llegue al nivel demencia senil fuerte, porque sería peor el problema para las personas que viven junto al paciente.
- Todos los hospitales cuenten con UHSMA unidad de hospitalización salud mental y adicciones y servicios de apoyo al tratamiento.
- En primer nivel de atención contar con centro de salud mental comunitario CSMC distrital.
- Ambos con recursos humanos especializados (medico psiquiatras y enfermeras especialistas en salud mental).
- Estimular la memoria conducta razonamiento pensamiento CON EJERCICIOS MENTALES psicología).
- Mejorar la función física y capacidad funcional para realizar actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria con terapias de rehabilitación física ocupacional y de lenguaje. Evaluación nutricional constante, mejorar dieta y nutrición con suplementación.
- Comunicación, apoyo y manejo emocional, adaptación del entorno, adecuado apoyo al cuidador con cuidados físicos , actividad física adaptada, ejercicio con rutinas de estimulación (lectura) y actividades significativas (juegos) y contacto social con amor , paciencia.
- Incrementar la satisfacción de la vida con cuidados enfocados en la emoción la rutina y la dignidad.
- Evitar el aislamiento participando en reuniones familiares y grupos de apoyo.

- Tratarlo con el mismo respeto y dignidad de siempre-
- Adherencia al tratamiento médico especializado indicado.
- Control de factores de riesgo y comorbilidades.
- Sensibilizar a familia cuidador y comunidad para anular estigma de discriminación.
- Propiciar más investigaciones sobre calidad de vida y trastorno neurocognitivo mayor
- En la demencia senil, la calidad de vida se centra en el bienestar físico, psicológico y social, evaluado tanto por el paciente como por su cuidador. Los criterios de inclusión para estudios clínicos de demencia suelen exigir un diagnóstico estandarizado, una edad mínima (generalmente mayor de 60 años y contar con un cuidador principal).

Criterios de inclusión en estudios investigación

- **Diagnóstico confirmado:** Evaluaciones neuropsicológicas estandarizadas (ej. Mini-Mental State Examination, Test de los 7 Minutos). GERIATRA NEUROLOGO PSIQUIATRA
- **Rango de edad:** Generalmente adultos mayores de 65 años en adelante.
- **Estadio de la enfermedad:** se buscan pacientes en fase temprana, moderada o avanzada.
- **Red de apoyo:** Presencia de un cuidador principal o red de apoyo social que pueda reportar y participar en el seguimiento, capaz de brindar información objetiva y reportar la evolución del paciente.
- **Diagnóstico clínico:** Pacientes diagnosticados con trastorno neurocognitivo mayor (por ejemplo, mediante la escala Mini-Mental State Examination, MMSE, con puntuaciones indicativas de deterioro moderado a severo).
- **Dependencia funcional:** Limitaciones comprobadas en al menos dos áreas de Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Criterios generales de exclusión para estudio INVESTIGACION

- **Diagnóstico alternativo:** Evidencia de otras demencias (ej., demencia frontotemporal, cuerpos de Lewy) o lesiones cerebrales estructurales.
- **Trastornos psiquiátricos:** Presencia de depresión mayor no controlada, esquizofrenia o psicosis.
- **Patologías concomitantes:** Cáncer activo, enfermedades toxicometabólicas severas o patología cerebrovascular no estabilizada.
- **Episodio agudo:** Que el cuadro cognitivo ocurra únicamente en un contexto de *delirium* (síndrome confusional agudo).
- **Fármacos incompatibles:** Uso de medicamentos psicoactivos que interfieran con la cognición y que hayan sido modificados recientemente.

Su investigación enfrenta barreras metodológicas y éticas, destacando las **dificultades** en el consentimiento informado y la evaluación clínica.

Dificultades en el Estudio de Investigación

- **Consentimiento informado:** La pérdida progresiva de capacidades cognitivas y de juicio plantea dilemas éticos al momento de reclutar participantes para ensayos clínicos.
- **Heterogeneidad de las causas:** Al incluir diversas etiologías (Alzheimer, demencia vascular, cuerpos de Lewy), los resultados de los estudios a menudo son difíciles de estandarizar.
- **Sub diagnóstico y estigma:** Muchas familias confunden los primeros síntomas con el envejecimiento normal, lo que retrasa el diagnóstico y dificulta la investigación en etapas tempranas.

En Perú, investigar esta condición es complejo debido al **alto costo y la escasez de tiempo**. Sin embargo, el enfoque actual prioriza la **calidad de vida** sobre la cura, buscando retrasar el avance y preservar la dignidad del paciente.

Retos en la investigación y el estudio

- **Recursos y Presupuesto:** Las pruebas de diagnóstico temprano (como biomarcadores o resonancias magnéticas) requieren una alta inversión.
- **Tiempo prolongado:** Los estudios clínicos y el seguimiento del declive cognitivo exigen años de dedicación.
- **Sesgos y Dificultades Metodológicas:** La recolección de datos se complica por la falta de conciencia de enfermedad del paciente (*anosognosia*), lo que obliga a depender de cuidadores y genera sesgos subjetivos en las evaluaciones.

VIII. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
- Ardila, A. (2015). Historia y Clasificación de las Agnosias. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15(1), 1-7.
<http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/68>
- Berezaluce Falcón, G., & Palacios Ortiz, N. (2007). Rol social del adulto mayor en las familias del municipio de Centro, Tabasco. *Horizonte sanitario*, 6(3), 16-23.
<https://doi.org/10.19136/hs.a6n3.214>
- BIREME/OPS/OMS. (s. f.). *Autoestima*. En *Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)*. Biblioteca Virtual en Salud. <https://decs.bvsalud.org/>
- BIREME/OPS/OMS. (s. f.). *Social*. En *Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)*. Biblioteca Virtual en Salud. <https://decs.bvsalud.org/>
- BIREME/OPS/OMS. (s. f.). *Afasia*. En *Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)*. Biblioteca Virtual en Salud. <https://decs.bvsalud.org/>
- BIREME/OPS/OMS. (s. f.). *Apraxia*. En *Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)*. Biblioteca Virtual en Salud. <https://decs.bvsalud.org/>
- Carrasco Díaz, S. (2015). *Metodología de la investigación científica: pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Editorial San Marcos.

- Celis, S. (2018). *El Aspecto Físico Y La AutoImagen*. Portal Éxito Personal.
<https://www.sebascelis.com/el-aspecto-fisico-y-la-autoimagen/>
- Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Escobar, J., & Bendezú, L. (2008). Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta Dementia prevalence in a Lima, Peru urban community: door-to-door study. *Anales de la Facultad de Medicina*, 2008;69(4), 233-8.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n4/a03v69n4.pdf>
- Fernández Ballesteros, R. (Ed.) (2009). *Psicogerontología: Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Pirámide.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=504460>
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, (84), 169-184
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
- Forjaz, M. J., & Rodríguez-Blázquez, C. (Eds.). (2015). *Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas*. Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad. <https://doi.org/10.4321/repisalud.5426>
- Gómez Beldarrain, M. Á. (2007). Síndromes disejecutivos y lóbulos frontales. En J. Peña Casanova (Coord.), *Neurología de la conducta y neuropsicología* (pp. 327–350). Editorial Médica Panamericana.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2502733>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.^a ed.). McGraw-Hill/Interamericana Editores.

- Herrera Pérez, E. G. (2011). *Perfil clínico epidemiológico de la enfermedad de Alzheimer en el servicio de neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión* [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional Cybertesis UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/455>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. [INEI]. (2015). *En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores*. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
- Inzuna Cazaes, S., & Jiménez Ramírez, J. V. (2013). Caracterización del razonamiento estadístico de estudiantes universitarios acerca de las pruebas de hipótesis. *Revista latinoamericana de investigación en matemática educativa*, 16(2), 179-211. <https://doi.org/10.12802/relime.13.1622>
- León Salas, B. (2014). *Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Docta Complutense <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=98257>
- Luna Salinas, E. M. (2016). *Determinación de la prevalencia y factores de riesgo de demencia senil en adultos mayores del Centro del Día del Cantón Gonzanamá* [Trabajo de titulación, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Loja. <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/16902>
- Lluesma Vidal, M. (2017). *Calidad de vida en pacientes con demencia no institucionalizados: Una perspectiva enfermera* [Tesis doctoral, Universidad CEU Cardenal Herrera]. Repositorio Institucional CEU. <http://hdl.handle.net/10637/8536>
- Martínez, C. (2005). Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, (21), 3-4.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252005000300013

Medina Carrillo, L. (2007). Como plantear un problema de investigación y seleccionar un diseño de estudio apropiado: How to pose a research problem and select an appropriate study design. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(3), 127–133.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf073a.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (12 diciembre del 2017). *Demencia*. WHO Portal Web.

WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organización Mundial de la Salud. (2018, 5 de febrero). *Envejecimiento y salud*. WHO Portal

Web. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (1 Diciembre del 2018). *Discapacidades*. WHO Portal

Web. WHO. <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. WHO

Portal Web. WHO. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN:*

Salud del adulto mayor. Salud en las Americas. PAHO. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=salud-del-adulto-mayor&lang=es

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2021). *Década del Envejecimiento Saludable*

en las Américas (2021-2030). <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>

Palomba, R. (24 Julio 2012). *Calidad de vida: Conceptos y medidas*. CELADE/División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago, Chile. *Calidad de Vida: Conceptos y medidas*. CELADE / División de

- Población, CEPAL. Institute of Population Research and Social Policies Roma, Italia. https://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorpl_ppt.pdf
- Perez Martínez, V. (2006). Demencias: su enfoque diagnóstico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400010
- Ribot Reyes, V. C., Leyva Villafañá, Y., Moncada Menéndez, C., & Alfonso Sánchez, R. (2016). Calidad de vida y demencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, (20), 10-15. <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4156>
- Robaina Becerra, H., Fernández Vidal, A., & Ramírez Pérez, A. (2011). Calidad de vida: algo más que un concepto. *Revista MediSur*, (9), 27-37.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000500002
- Robles Arana, Y. I. (2003). *Adaptación del Mini-Mental State Examination* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional Cybertesis UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/3303>
- Rota Zaratiegui, S. (2014). *La demencia senil: Guía de apoyo al cuidador profesional en el manejo de las actividades básicas de la vida diaria*. Universidad Pública de Navarra . <https://academica-e.unavarra.es/entities/publication/1c9e3985-875d-4041-a5b9-8c02751f5de1>
- Schölzel-Dorenbos, C. J. M. (2011). *Quality of life in dementia: From concept to practice* [Tesis doctoral, Radboud University Nijmegen]. Repositorio Institucional de Radboud University. <https://hdl.handle.net/2066/83267>
- Tejada Anria, A., & de Gordon de Isaacs, L. (2022). Anria, A. T., & de Isaacs, L. G. (2022). Revisión sistemática del concepto: Envejecimiento saludable. *Enfoque*, 31(27), 71–90. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9498112>

Velarde-Jurado E, & Avila-Figueroa C. (2002) Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México* 44(4), 349-361.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>

IX. ANEXOS

INSTRUMENTO PARA MEDIR: DEMENCIA SENIL (Trastorno Neurocognitivo Mayor)

Estimados amigos: Les invito a responder las preguntas referentes a demencia Senil. Lee atentamente y responde las preguntas del recuadro marcando con un aspa (x) la respuesta más adecuada para ti.

Valoración: escala Likert:

1) Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre

Valoración

Nª	Preguntas/Items	Valoración				
		1	2	3	4	5
DIMENSIÓN: Lesiones cerebrales						
01	Recuerda fechas, día, actividades desarrolladas					
02	Presenta: afasia (incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla)					
03	Presenta: afasia incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla					
04	Presenta: afasia (incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla) entre unas dos personas					
05	Presenta: afasia (incapacidad o la dificultad de comunicarse mediante el habla) en círculo de personas					
DIMENSIÓN: Disminución Cognoscitiva						
06	Presenta: apraxia (incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos) miembros inferiores					
07	Presenta: apraxia (incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos) miembros superiores					
08	Presenta: apraxia (incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos) miembros superiores al levantarse de la cama					
09	Presenta: apraxia (incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos) miembros inferiores al caminar					

10	Presenta: síndrome disruptivo (alteración razonamiento, la toma de decisiones o la capacidad de planificación)					
DIMENSIÓN: Disminución de capacidad Funcional						
11	Repercusión significativa en las actividades laborales					
12	Repercusión significativa en las actividades sociales					
13	Declive respecto al nivel de funcionamiento previo.					
14	El nivel de disminución de la capacidad funcional es total					
15	El nivel de disminución de la capacidad funcional disminuye					
DIMENSIÓN: Disminución del metabolismo						
16	Presenta agresividad con la familia					
17	Presenta agresividad con el círculo de convivencia					
18	Presenta agresividad con su cuerpo					
19	Presenta alucinaciones cuando duerme					
20	Presenta ansiedad permanente					

Fuente :Elaboracion Propia.

INSTRUMENTO PARA MEDIR: Calidad de Vida

Estimados amigos: Les invito a responder las preguntas referentes a la Calidad de Vida. Lee atentamente y responde las preguntas del recuadro marcando con un aspa (x) la respuesta más adecuada para ti.

Valoración: escala Likert:

1)Nunca 2) Casi nunca 3) Algunas veces 4) Casi siempre 5) Siempre

Valoración

Nº	Preguntas	Valoración				
		1	2	3	4	5
DIMENSIÓN: Función Física						
01	¿Cómo considera su salud física en general?					
02	¿Cómo considera que su estado físico comparada con otros?					
03	¿Se siente saludable?					
04	¿Tiene sensación de bienestar físico en el quehacer diario?					
05	¿Mantiene el manejo/ continencia de la micción?					
06	¿Mantiene un ciclo de sueño adecuado?					
07	¿Mantiene el manejo/continencia fecal?					
DIMENSIÓN: Bienestar						
08	¿Se siente satisfecho con su personalidad?					
09	¿ Su personalidad es gratificante para usted y otros?					
10	¿Siente que tiene la autoestima alta?					
11	¿Le es sencillo retener de fechas, días?					
12	.¿Recuerda historias de infancia o familiares?					
13	¿Realiza con frecuencia cálculos?					
14	¿Le es sencillo llevar contabilidad de su gasto de bolsillo?					
DIMENSIÓN: Satisfacción con la vida						

15	Acude a celebraciones de familiares					
16	Frecuenta amigos					
17	Pertenece a club sociales					
18	Realiza actividades sociales					
19	Concurre a actividades sociales					
20	Es parte activa de movimientos sociales, círculos iglesia o club del adulto mayor.					

Fuente: Elaboracion Propia.



Ficha de validación por juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres: Ramos Vera Juana Rosa
- 1.2. Grado académico: Doctor en Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible
- 1.3. Cargo e Institución donde labora: Docente en EUPG-UNFV
- 1.4. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta-variable "Demencia senil"
- 1.5. Título de la Investigación: "RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA - LIMA. 2018.
- 1.6. Autor(a) del Instrumento: Bachiller: Santisteban Rojas, Pascual Roman

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61%-90%	Muy buena 91%-100%
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.				90%	
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables				90%	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad				90%	
4. Organización	Existe una organización lógica				90%	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				90%	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación				90%	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.				90%	
8. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores				90%	
9. Metodología	La formulación responde a la investigación				90%	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				90%	

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

a) Deficiente ☐ b) Baja ☐ c) Regular ☐ d) Buena ☒ e) Muy Buena ☐

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El Instrumento es aplicable en la investigación.

Lima, 18 de julio del 2025

Dra.: Juana Rosa Ramos Vera.
ORCID: Orcid: 0000-0001-5595-2234



Ficha de validación por juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres: Lacherre Rodriguez Patricia Gisela
- 1.2. Grado académico: Doctor en Industria Alimentaria
- 1.3. Cargo e Institución donde labora: Directora del programa de Turismo y Hotelería y Gastronomía -FACE-UNE
- 1.4. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta- "Demencia senil"
- 1.5. Título de la Investigación: "RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA - LIMA 2018".
- 1.6. Autor(a) del Instrumento: Bachiller: Santisteban Rojas, Pascual Roman

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61%-80%	Muy buena 81%-100%
11. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.				90%	
12. Objetividad	Está expresado en conductas observables				90%	
13. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad				90%	
14. Organización	Existe una organización lógica				90%	
15. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				90%	
16. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación				90%	
17. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.				90%	
18. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores				90%	
19. Metodología	La formulación responde a la investigación				90%	
20. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				90%	

III. PROMEDIO DE VALORACION: 94%

a) Deficiente ☐ b) Baja ☐ c) Regular ☐ d) Buena ☒ e) Muy Buena ☐

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El Instrumento es aplicable en la investigación.

Lima, 14 de junio del 2005

Dr. Lacherre Rodriguez Patricia Gisela
Orcid: : 0000-0001-5916-5748



Ficha de validación por juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres: Ramos Vera Juana Rosa
 1.2 Grado académico: Doctor en Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible
 1.3 Cargo e Institución donde labora: Docente en EUPG-UNFV
 1.4 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta-variable "Calidad de Vida"
 1.5 Título de la Investigación: "RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA - LIMA. 2018.
 1.6 Autor(a) del Instrumento: Bachiller: Santisteban Rojas, Pascual Roman

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61%-90%	Muy buena 91%-100%
21. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.				90%	
22. Objetividad	Está expresado en conductas observables				90%	
23. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad				90%	
24. Organización	Existe una organización lógica				90%	
25. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				90%	
26. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación				90%	
27. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.				90%	
28. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores				90%	
29. Metodología	La formulación responde a la investigación				90%	
30. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				90%	

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

a) Deficiente ☐ b) Baja ☐ c) Regular ☐ d) Buena ☒ e) Muy Buena ☐

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El Instrumento es aplicable en la investigación.

Lima, 18 de julio del 2025

Dra.: Juana Rosa Ramos Vera.
Orcid: 0000-0001-5595-2234



Ficha de validación por juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres: Lacherre Rodriguez Patricia Gisela
- 1.2 Grado académico: Doctor en Industria Alimentaria
- 1.3 Cargo e Institución donde labora: Directora del programa de Turismo y Hotelería y Gastronomía -FACE-UNE
- 1.4 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta-variable "Calidad de vida"
- 1.5 Título de la Investigación: "RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA - LIMA. 2018".
- 1.6 Autor(a) del Instrumento: Bachiller: Santisteban Rojas, Pascual Roman

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61%- 80%	Muy buena 81%-100%
31. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.				90%	
32. Objetividad	Está expresado en conductas observables				90%	
33. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad				90%	
34. Organización	Existe una organización lógica				90%	
35. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				90%	
36. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación				90%	
37. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.				90%	
38. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores				90%	
39. Metodología	La formulación responde a la investigación				90%	
40. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				90%	

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

a) Deficiente ☐ b) Baja ☐ c) Regular ☐ d) Buena ☒ e) Muy Buena ☐

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El Instrumento es aplicable en la investigación.

Lima, 14 de junio del 2005

Dr. Lacherre Rodriguez Patricia Gisela
Orcid : 0000-0001-5916-5748



Ficha de validación por juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres: Lozano Zanelly Glenn
 1.2 Grado académico: Doctor en
 1.3 Cargo e Institución donde labora: Docente en EUPG-UNFV
 1.4 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta-variable "Demencia senil"
 1.5 Título de la Investigación: "RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA – LIMA. 2018.
 1.6 Autor(a) del Instrumento: Bachiller: Santisteban Rojas, Pascual Roman

III. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61-90%	Muy buena 91-100%
41. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.				90%	
42. Objetividad	Está expresado en conductas observables				90%	
43. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad				90%	
44. Organización	Existe una organización lógica				90%	
45. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				90%	
46. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación				90%	
47. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.				90%	
48. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores				90%	
49. Metodología	La formulación responde a la investigación				90%	
50. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				90%	

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90%

a) Deficiente ☐ b) Baja ☐ c) Regular ☐ d) Buena ☒ e) Muy Buena ☐

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El Instrumento es aplicable en la investigación.

Lima, 18 de julio del 2025

Dr.: Lozano Zanelly Glenn Alberto
 ORCID: 0000-0002-7866-5243



Ficha de validación por juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres: Lozano Zanelly Glenn

1.2 Grado académico: Doctor en

1.3 Cargo e Institución donde labora: Docente en EUPG-UNFV

1.4 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta-variable "Calidad de Vida"

1.5 Título de la Investigación: "RELACIÓN ENTRE DEMENCIA SENIL Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DEL HOSPITAL CAJATAMBO DE BARRANCA - LIMA. 2018.

1.6 Autor(a) del Instrumento: Bachiller: Santisteban Rojas, Pascual Roman

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0-20%	Baja 21-40%	Regular 41-60%	Buena 61-90%	Muy buena 91-100%
51. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.				90%	
52. Objetividad	Está expresado en conductas observables				90%	
53. Actualidad	Adecuado al avance de la especialidad				90%	
54. Organización	Existe una organización lógica				90%	
55. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				90%	
56. Intencionalidad	Adecuado para valorar la investigación				90%	
57. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos.				90%	
58. Coherencia	Entre lo descrito en dimensiones e indicadores				90%	
59. Metodología	La formulación responde a la investigación				90%	
60. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				90%	

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 90%

a) Deficiente ☐ b) Baja ☐ c) Regular ☐ d) Buena ☒ e) Muy Buena ☐

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: El Instrumento es aplicable en la investigación.

Lima, 18 de julio del 2025

Dr.: Lozano Zanelly Glenn Alberto
ORCID: 0000-0002-7866-5243

x = Demencia Senil

	Lesiones cerebrales						Disminución Cognitiva						Disminución de Capacidad Funcional						Disminución	
	p1	p2	p3	p4	p5		p6	p7	p8	p9	p10		p11	p12	p13	p14	p15		p16	p17
1	5	4	1	5	1	16	3	3	5	5	5	21	5	4	4	5	5	23	5	4
2	1	1	1	1	5	9	3	4	5	5	5	22	5	2	5	5	5	22	5	4
3	5	3	2	5	1	16	3	1	5	4	5	18	5	1	3	5	5	19	5	5
4	2	2	1	1	4	10	2	3	5	4	5	19	3	4	4	5	5	21	5	5
5	4	3	2	3	1	13	1	1	2	3	5	12	1	1	4	3	4	13	3	3
6	3	2	1	2	2	10	1	3	3	3	4	14	3	2	3	3	4	15	3	4
7	5	2	1	3	2	13	1	2	3	3	4	13	2	1	4	1	2	10	2	2
8	2	1	1	2	1	7	5	1	5	5	5	21	2	2	3	5	5	17	1	5
9	4	3	3	5	1	16	2	1	3	2	5	13	2	1	2	1	1	7	2	1
10	3	3	1	3	4	14	1	5	5	5	5	21	3	3	5	5	5	21	4	4
11	4	3	4	5	1	17	1	1	2	5	5	14	1	1	1	1	3	7	2	2
12	4	3	2	4	5	18	3	2	4	5	5	19	2	3	5	4	4	18	3	4
13	5	4	3	4	4	20	3	4	4	4	4	19	4	3	3	4	4	18	4	4
14	5	4	2	3	3	17	4	4	5	4	5	22	2	2	4	5	4	17	4	4
15	5	3	1	5	3	17	2	2	5	5	5	19	1	2	3	4	3	13	3	5
16	5	4	2	3	1	15	1	3	2	4	5	15	1	1	2	3	3	10	3	4
17	4	2	1	5	3	15	3	4	5	4	5	21	3	3	3	5	3	17	5	5
18	5	3	3	1	2	14	3	2	3	4	5	17	2	3	3	3	2	13	5	5
19	4	3	2	2	3	14	3	4	5	4	4	20	3	1	3	5	3	15	4	1
20	5	1	1	5	1	13	1	3	4	2	2	12	1	1	1	4	5	12	2	1
21	5	3	4	1	1	14	1	5	5	5	5	21	1	1	1	5	5	13	5	1
22	3	1	2	3	1	10	1	5	3	1	5	15	4	1	1	5	1	12	5	5
23	3	2	1	2	1	9	1	2	3	3	4	13	3	3	2	3	3	14	2	3
24	5	5	3	4	1	18	1	1	3	4	5	14	1	1	2	2	4	10	4	4
25	4	4	3	4	4	19	1	3	5	5	5	19	3	1	4	5	5	18	5	3
26	3	4	3	3	3	16	3	2	2	3	4	14	3	4	3	4	4	18	4	4
27	5	1	5	3	3	17	2	3	5	4	5	19	3	2	4	5	4	18	4	5
28	5	4	5	4	4	22	1	1	3	3	5	13	5	5	5	5	5	25	5	5
29	5	3	3	3	5	19	4	5	5	5	5	24	4	5	5	5	5	24	5	5
30	5	4	5	4	3	21	2	3	2	4	4	15	1	3	3	3	4	14	3	3
31	5	5	5	5	5	25	3	5	5	5	5	23	4	5	5	5	5	24	5	5
32	5	3	1	5	5	19	3	5	5	5	5	23	5	5	5	5	5	25	5	5
33	5	4	1	5	1	16	3	3	5	5	5	21	5	4	4	5	5	23	5	4
34	1	1	1	1	5	9	3	4	5	5	5	22	5	2	5	5	5	22	5	4
35	5	3	2	5	1	16	3	1	5	4	5	18	5	1	3	5	5	19	5	5
36	2	2	1	1	4	10	2	3	5	4	5	19	3	4	4	5	5	21	5	5
37	4	3	2	3	1	13	1	1	2	3	5	12	1	1	4	3	4	13	3	3
38	3	2	1	2	2	10	1	3	3	3	4	14	3	2	3	3	4	15	3	4
39	5	2	1	3	2	13	1	2	3	3	4	13	2	1	4	1	2	10	2	2
40	2	1	1	2	1	7	5	1	5	5	5	21	2	2	3	5	5	17	1	5
41	4	3	3	5	1	16	2	1	3	2	5	13	2	1	2	1	1	7	2	1
42	3	3	1	3	4	14	1	5	5	5	5	21	3	3	5	5	5	21	4	4
43	4	3	4	5	1	17	1	1	2	5	5	14	1	1	1	1	3	7	2	2

44	4	3	2	4	5	18	3	2	4	5	5	19	2	3	5	4	4	18	3	4
45	5	4	3	4	4	20	3	4	4	4	4	19	4	3	3	4	4	18	4	4
46	5	4	2	3	3	17	4	4	5	4	5	22	2	2	4	5	4	17	4	4
47	5	3	1	5	3	17	2	2	5	5	5	19	1	2	3	4	3	13	3	5
48	5	4	2	3	1	15	1	3	2	4	5	15	1	1	2	3	3	10	3	4
49	4	2	1	5	3	15	3	4	5	4	5	21	3	3	3	5	3	17	5	5
50	5	3	3	1	2	14	3	2	3	4	5	17	2	3	3	3	2	13	5	5
51	4	3	2	2	3	14	3	4	5	4	4	20	3	1	3	5	3	15	4	1
52	5	1	1	5	1	13	1	3	4	2	2	12	1	1	1	4	5	12	2	1
53	5	3	4	1	1	14	1	5	5	5	5	21	1	1	1	5	5	13	5	1
54	3	1	2	3	1	10	1	5	3	1	5	15	4	1	1	5	1	12	5	5
55	3	2	1	2	1	9	1	2	3	3	4	13	3	3	2	3	3	14	2	3
56	5	5	3	4	1	18	1	1	3	4	5	14	1	1	2	2	4	10	4	4
57	4	4	3	4	4	19	1	3	5	5	5	19	3	1	4	5	5	18	5	3
58	3	4	3	3	3	16	3	2	2	3	4	14	3	4	3	4	4	18	4	4
59	5	1	5	3	3	17	2	3	5	4	5	19	3	2	4	5	4	18	4	5
60	5	4	5	4	4	22	1	1	3	3	5	13	5	5	5	5	5	25	5	5
61	5	3	3	3	5	19	4	5	5	5	5	24	4	5	5	5	5	24	5	5
62	5	4	5	4	3	21	2	3	2	4	4	15	1	3	3	3	4	14	3	3
63	5	5	5	5	5	25	3	5	5	5	5	23	4	5	5	5	5	24	5	5
64	5	3	1	5	5	19	3	5	5	5	5	23	5	5	5	5	5	25	5	5
65	5	4	1	5	1	16	3	3	5	5	5	21	5	4	4	5	5	23	5	4
66	1	1	1	1	5	9	3	4	5	5	5	22	5	2	5	5	5	22	5	4
67	5	3	2	5	1	16	3	1	5	4	5	18	5	1	3	5	5	19	5	5
68	2	2	1	1	4	10	2	3	5	4	5	19	3	4	4	5	5	21	5	5
69	4	3	2	3	1	13	1	1	2	3	5	12	1	1	4	3	4	13	3	3
70	4	3	2	3	2	14	1	3	3	3	4	14	3	2	3	3	4	15	3	4
71	5	4	1	5	1	16	3	3	5	5	5	21	5	4	4	5	5	23	5	4
72	1	1	1	1	5	9	3	4	5	5	5	22	5	2	5	5	5	22	5	4
73	5	3	2	5	1	16	3	1	5	4	5	18	5	1	3	5	5	19	5	5
74	2	2	1	1	4	10	2	3	5	4	5	19	3	4	4	5	5	21	5	5
75	4	3	2	3	1	13	1	1	2	3	5	12	1	1	4	3	4	13	3	3
76	3	2	1	2	2	10	1	3	3	3	4	14	3	2	3	3	4	15	3	4
77	5	2	1	3	2	13	1	2	3	3	4	13	2	1	4	1	2	10	2	2
78	2	1	1	2	1	7	5	1	5	5	5	21	2	2	3	5	5	17	1	5
79	4	3	3	5	1	16	2	1	3	2	5	13	2	1	2	1	1	7	2	1
80	3	3	1	3	4	14	1	5	5	5	5	21	3	3	5	5	5	21	4	4
81	5	4	1	5	1	16	3	3	5	5	5	21	5	4	4	5	5	23	5	4
82	1	1	1	1	5	9	3	4	5	5	5	22	5	2	5	5	5	22	5	4
83	5	3	2	5	1	16	3	1	5	4	5	18	5	1	3	5	5	19	5	5
84	2	2	1	1	4	10	2	3	5	4	5	19	3	4	4	5	5	21	5	5
85	4	3	2	3	1	13	1	1	2	3	5	12	1	1	4	3	4	13	3	3
86	3	2	1	2	2	10	1	3	3	3	4	14	3	2	3	3	4	15	3	4
87	5	2	1	3	2	13	1	2	3	3	4	13	2	1	4	1	2	10	2	2
88	2	1	1	2	1	7	5	1	5	5	5	21	2	2	3	5	5	17	1	5
89	4	3	3	5	1	16	2	1	3	2	5	13	2	1	2	1	1	7	2	1

																		84			
90	3	3	1	3	4	14	1	5	5	5	5	21	3	3	5	5	5	21	4	4	
91	4	3	4	5	1	17	1	1	2	5	5	14	1	1	1	1	3	7	2	2	
92	4	3	2	4	5	18	3	2	4	5	5	19	2	3	5	4	4	18	3	4	
93	5	4	1	5	1	16	3	3	5	5	5	21	5	4	4	5	5	23	5	4	
94	1	1	1	1	5	9	3	4	5	5	5	22	5	2	5	5	5	22	5	4	
95	5	3	2	5	1	16	3	1	5	4	5	18	5	1	3	5	5	19	5	5	
96	2	2	1	1	4	10	2	3	5	4	5	19	3	4	4	5	5	21	5	5	
97	4	3	2	3	1	13	1	1	2	3	5	12	1	1	4	3	4	13	3	3	
98	3	2	1	2	2	10	1	3	3	3	4	14	3	2	3	3	4	15	3	4	
99	5	2	1	3	2	13	1	2	3	3	4	13	2	1	4	1	2	10	2	2	
100	2	1	1	2	1	7	5	1	5	5	5	21	2	2	3	5	5	17	1	5	
101	4	3	3	5	1	16	2	1	3	2	5	13	2	1	2	1	1	7	2	1	
102	3	3	1	3	4	14	1	5	5	5	5	21	3	3	5	5	5	21	4	4	
103	4	3	4	5	1	17	1	1	2	5	5	14	1	1	1	1	3	7	2	2	

Y = Calidad de Vida																					
funcion Fisica								Bienestar								Satisfaccion con la vida					
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14		p15	p16	p17	p18	p19	p20
1	5	4	1	5	1	3	3	22	5	5	5	5	4	4	5	33	5	5	4	1	3

2	1	1	1	1	5	3	4	16	5	5	5	5	2	5	5	32	5	5	4	1	3
3	5	3	2	5	1	3	1	20	5	4	5	5	1	3	5	28	5	5	5	1	1
4	2	2	1	1	4	2	3	15	5	4	5	3	4	4	5	30	5	5	5	3	3
5	4	3	2	3	1	1	1	15	2	3	5	1	1	4	3	19	4	3	3	2	3
6	3	2	1	2	2	1	3	14	3	3	4	3	2	3	3	21	4	3	4	1	2
7	5	2	1	3	2	1	2	16	3	3	4	2	1	4	1	18	2	2	2	1	1
8	2	1	1	2	1	5	1	13	5	5	5	2	2	3	5	27	5	1	5	3	4
9	4	3	3	5	1	2	1	19	3	2	5	2	1	2	1	16	1	2	1	2	1
10	3	3	1	3	4	1	5	20	5	5	5	3	3	5	5	31	5	4	4	5	5
11	4	3	4	5	1	1	1	19	2	5	5	1	1	1	1	16	3	2	2	3	2
12	4	3	2	4	5	3	2	23	4	5	5	2	3	5	4	28	4	3	4	3	3
13	5	4	3	4	4	3	4	27	4	4	4	4	3	3	4	26	4	4	4	4	4
14	5	4	2	3	3	4	4	25	5	4	5	2	2	4	5	27	4	4	4	4	4
15	5	3	1	5	3	2	2	21	5	5	5	1	2	3	4	25	3	3	5	2	3
16	5	4	2	3	1	1	3	19	2	4	5	1	1	2	3	18	3	3	4	4	2
17	4	2	1	5	3	3	4	22	5	4	5	3	3	3	5	28	3	5	5	3	4
18	5	3	3	1	2	3	2	19	3	4	5	2	3	3	3	23	2	5	5	3	2
19	4	3	2	2	3	3	4	21	5	4	4	3	1	3	5	25	3	4	1	4	4
20	5	1	1	5	1	1	3	17	4	2	2	1	1	1	4	15	5	2	1	1	1
21	5	3	4	1	1	1	5	20	5	5	5	1	1	1	5	23	5	5	1	1	1
22	3	1	2	3	1	1	5	16	3	1	5	4	1	1	5	20	1	5	5	4	2
23	3	2	1	2	1	1	2	12	3	3	4	3	3	2	3	21	3	2	3	2	2
24	5	5	3	4	1	1	1	20	3	4	5	1	1	2	2	18	4	4	4	1	2
25	4	4	3	4	4	1	3	23	5	5	5	3	1	4	5	28	5	5	3	4	4
26	3	4	3	3	3	3	2	21	2	3	4	3	4	3	4	23	4	4	4	2	4
27	5	1	5	3	3	2	3	22	5	4	5	3	2	4	5	28	4	4	5	3	4
28	5	4	5	4	4	1	1	24	3	3	5	5	5	5	5	31	5	5	5	5	4
29	5	3	3	3	5	4	5	28	5	5	5	4	5	5	5	34	5	5	5	5	4
30	5	4	5	4	3	2	3	26	2	4	4	1	3	3	3	20	4	3	3	3	3
31	5	5	5	5	5	3	5	33	5	5	5	4	5	5	5	34	5	5	5	5	4
32	5	3	1	5	5	3	5	27	5	5	5	5	5	5	5	35	5	5	5	5	4
33	5	4	1	5	1	3	3	22	5	5	5	5	4	4	5	33	5	5	4	1	3
34	1	1	1	1	5	3	4	16	5	5	5	5	2	5	5	32	5	5	4	1	3
35	5	3	2	5	1	3	1	20	5	4	5	5	1	3	5	28	5	5	5	1	1
36	2	2	1	1	4	2	3	15	5	4	5	3	4	4	5	30	5	5	5	3	3
37	4	3	2	3	1	1	1	15	2	3	5	1	1	4	3	19	4	3	3	2	3
38	3	2	1	2	2	1	3	14	3	3	4	3	2	3	3	21	4	3	4	1	2
39	5	2	1	3	2	1	2	16	3	3	4	2	1	4	1	18	2	2	2	1	1
40	2	1	1	2	1	5	1	13	5	5	5	2	2	3	5	27	5	1	5	3	4
41	4	3	3	5	1	2	1	19	3	2	5	2	1	2	1	16	1	2	1	2	1
42	3	3	1	3	4	1	5	20	5	5	5	3	3	5	5	31	5	4	4	5	5
43	4	3	4	5	1	1	1	19	2	5	5	1	1	1	1	16	3	2	2	3	2
44	4	3	2	4	5	3	2	23	4	5	5	2	3	5	4	28	4	3	4	3	3
45	5	4	3	4	4	3	4	27	4	4	4	4	3	3	4	26	4	4	4	4	4
46	5	4	2	3	3	4	4	25	5	4	5	2	2	4	5	27	4	4	4	4	4
47	5	3	1	5	3	2	2	21	5	5	5	1	2	3	4	25	3	3	5	2	3

48	5	4	2	3	1	1	3	19	2	4	5	1	1	2	3	18	3	3	4	4	2
49	4	2	1	5	3	3	4	22	5	4	5	3	3	3	5	28	3	5	5	3	4
50	5	3	3	1	2	3	2	19	3	4	5	2	3	3	3	23	2	5	5	3	2
51	4	3	2	2	3	3	4	21	5	4	4	3	1	3	5	25	3	4	1	4	4
52	5	1	1	5	1	1	3	17	4	2	2	1	1	1	4	15	5	2	1	1	1
53	5	3	4	1	1	1	5	20	5	5	5	1	1	1	5	23	5	5	1	1	1
54	3	1	2	3	1	1	5	16	3	1	5	4	1	1	5	20	1	5	5	4	2
55	3	2	1	2	1	1	2	12	3	3	4	3	3	2	3	21	3	2	3	2	2
56	5	5	3	4	1	1	1	20	3	4	5	1	1	2	2	18	4	4	4	1	2
57	4	4	3	4	4	1	3	23	5	5	5	3	1	4	5	28	5	5	3	4	4
58	3	4	3	3	3	3	2	21	2	3	4	3	4	3	4	23	4	4	4	2	4
59	5	1	5	3	3	2	3	22	5	4	5	3	2	4	5	28	4	4	5	3	4
60	5	4	5	4	4	1	1	24	3	3	5	5	5	5	5	31	5	5	5	5	4
61	5	3	3	3	5	4	5	28	5	5	5	4	5	5	5	34	5	5	5	5	4
62	5	4	5	4	3	2	3	26	2	4	4	1	3	3	3	20	4	3	3	3	3
63	5	5	5	5	5	3	5	33	5	5	5	4	5	5	5	34	5	5	5	5	4
64	5	3	1	5	5	3	5	27	5	5	5	5	5	5	5	35	5	5	5	5	4
65	5	4	1	5	1	3	3	22	5	5	5	5	4	4	5	33	5	5	4	1	3
66	1	1	1	1	5	3	4	16	5	5	5	5	2	5	5	32	5	5	4	1	3
67	5	3	2	5	1	3	1	20	5	4	5	5	1	3	5	28	5	5	5	1	1
68	2	2	1	1	4	2	3	15	5	4	5	3	4	4	5	30	5	5	5	3	3
69	4	3	2	3	1	1	1	15	2	3	5	1	1	4	3	19	4	3	3	2	3
70	4	3	2	3	2	1	3	18	3	3	4	3	2	3	3	21	4	3	4	1	2
71	5	4	1	5	1	3	3	22	5	5	5	5	4	4	5	33	5	5	4	1	3
72	1	1	1	1	5	3	4	16	5	5	5	5	2	5	5	32	5	5	4	1	3
73	5	3	2	5	1	3	1	20	5	4	5	5	1	3	5	28	5	5	5	1	1
74	2	2	1	1	4	2	3	15	5	4	5	3	4	4	5	30	5	5	5	3	3
75	4	3	2	3	1	1	1	15	2	3	5	1	1	4	3	19	4	3	3	2	3
76	3	2	1	2	2	1	3	14	3	3	4	3	2	3	3	21	4	3	4	1	2
77	5	2	1	3	2	1	2	16	3	3	4	2	1	4	1	18	2	2	2	1	1
78	2	1	1	2	1	5	1	13	5	5	5	2	2	3	5	27	5	1	5	3	4
79	4	3	3	5	1	2	1	19	3	2	5	2	1	2	1	16	1	2	1	2	1
80	3	3	1	3	4	1	5	20	5	5	5	3	3	5	5	31	5	4	4	5	5
81	5	4	1	5	1	3	3	22	5	5	5	5	4	4	5	33	5	5	4	1	3
82	1	1	1	1	5	3	4	16	5	5	5	5	2	5	5	32	5	5	4	1	3
83	5	3	2	5	1	3	1	20	5	4	5	5	1	3	5	28	5	5	5	1	1
84	2	2	1	1	4	2	3	15	5	4	5	3	4	4	5	30	5	5	5	3	3
85	4	3	2	3	1	1	1	15	2	3	5	1	1	4	3	19	4	3	3	2	3
86	3	2	1	2	2	1	3	14	3	3	4	3	2	3	3	21	4	3	4	1	2
87	5	2	1	3	2	1	2	16	3	3	4	2	1	4	1	18	2	2	2	1	1
88	2	1	1	2	1	5	1	13	5	5	5	2	2	3	5	27	5	1	5	3	4
89	4	3	3	5	1	2	1	19	3	2	5	2	1	2	1	16	1	2	1	2	1
90	3	3	1	3	4	1	5	20	5	5	5	3	3	5	5	31	5	4	4	5	5
91	4	3	4	5	1	1	1	19	2	5	5	1	1	1	1	16	3	2	2	3	2
92	4	3	2	4	5	3	2	23	4	5	5	2	3	5	4	28	4	3	4	3	3
93	5	4	1	5	1	3	3	22	5	5	5	5	4	4	5	33	5	5	4	1	3

94	1	1	1	1	5	3	4	16	5	5	5	5	2	5	5	32	5	5	4	1	3
95	5	3	2	5	1	3	1	20	5	4	5	5	1	3	5	28	5	5	5	1	1
96	2	2	1	1	4	2	3	15	5	4	5	3	4	4	5	30	5	5	5	3	3
97	4	3	2	3	1	1	1	15	2	3	5	1	1	4	3	19	4	3	3	2	3
98	3	2	1	2	2	1	3	14	3	3	4	3	2	3	3	21	4	3	4	1	2
99	5	2	1	3	2	1	2	16	3	3	4	2	1	4	1	18	2	2	2	1	1
##	2	1	1	2	1	5	1	13	5	5	5	2	2	3	5	27	5	1	5	3	4
##	4	3	3	5	1	2	1	19	3	2	5	2	1	2	1	16	1	2	1	2	1
##	3	3	1	3	4	1	5	20	5	5	5	3	3	5	5	31	5	4	4	5	5
##	4	3	4	5	1	1	1	19	2	5	5	1	1	1	1	16	3	2	2	3	2