

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
Escuela Profesional de Enfermería



*Una Institución Adventista*

**Apoyo social y dependencia funcional en adultos mayores de  
seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho - Chosica,  
2019**

Por:

Yuzzelli Lourdes Castilla Anglas

Sílca Lucero Pardavé Machoa

Asesora:

Dra. Keila Miranda Limachi

Lima, febrero de 2020

**DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS**

Yo, *Dra Keila Ester Miranda Limachi*, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

**DECLARO:**

Que el presente informe de investigación titulado: ***“Apoyo social y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho - Chosica, 2019”*** constituye la memoria que presenta las Bachilleres Yuzzelli Lourdes Castila Anglaas y Sílica Lucero Pardavé Machoa para aspirar al título de Profesional de Licenciada en Enfermería ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, 03 de marzo del año 2020



---

Dra. Keila Ester Miranda Limachi



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a los 3 día(s) del mes de marzo del año 2020. Siendo las 8:10 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mg. Francis Zamora Bernal el secretario: Dra. Luz Victoria Castillo Zamora y los demás miembros: Mg. Rocio Suarez Rodriguez y Do. Zor Lucila Cantorero Castillo y el asesor: Dra. Keila Ester Meranda

Limachi con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: "Apoyo social y dependencia funcional en adulta mayor de seis iglesias adventistas del séptimo día, Suiza, 2019".

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Yuzelli Lourdes Castilla Angles b) Silvia Lucero Pardani Medica conducente a la obtención del título profesional de Licenciada en Enfermería (Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)/(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Yuzelli Lourdes Castilla Angles

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy bueno	Sobresaliente

Candidato (b): Silvia Lucero Pardani Medica

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy bueno	Sobresaliente

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)/(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Signatures of the President, Asesor, and Candidato (a).

Signature of a Member.

Signatures of the Secretario, Miembro, and Candidato/a (b).

## **Dedicatoria**

A mi querida madre Susana y mi hermano Denzel, por apoyarme a cumplir el sueño de ser enfermera. De igual forma, a mi familia Castilla por su motivación para alcanzar mis metas, y su apoyo durante los años de estudio en la universidad y en esta etapa en especial.

Yuzzelli

A mi padre Alejandro Pardavé y a mis tías, Clarita y Malvina, por su cariño, apoyo incondicional, por ser el soporte y motivación durante estos años de vida universitaria.

Lucero

## **Agradecimientos**

En primer lugar, a Dios, por el don de la vida y ser nuestro guía en el transcurso de este proceso y de nuestras vidas, brindándonos paciencia y sabiduría para culminar con éxito nuestras metas propuestas.

A nuestra asesora de tesis la Dra Keila Limachi, por sus orientaciones y consejos durante el trabajo de investigación.

A nuestros asesores del Programa de Tesis de la EP. Enfermería Mg. María Díaz Orihuela y Mg. David Javier, quien con su experiencia, conocimiento y motivación nos orientaron en la investigación, sobre todo por la amistad brindada en los momentos más difíciles del proceso de tesis.

Al Pastor Carlos Chumbes encargado del distrito El Inti por brindarnos su colaboración, facilidades y la información necesaria de los adultos mayores que pertenecen a las 6 iglesias del distrito a su cargo.

A los líderes de las seis iglesias por facilitarnos la información de los feligreses y el apoyo en la ejecución del presente trabajo de investigación

A los feligreses por participar voluntariamente del trabajo de investigación Apoyo social y dependencia funcional, por compartir con la información necesaria y responder con veracidad.

## Índice general

Dedicatoria .....	iv
Agradecimientos .....	v
Resumen.....	x
Abstract.....	XI
Capítulo I.....	12
El problema.....	12
1. Planteamiento del problema .....	12
2. Formulación del problema.....	14
2.1. Problema general. ....	14
2.2. Problemas específicos.....	14
3. Objetivos de la investigación.....	15
3.1. Objetivo general.....	15
3.2. Objetivos específicos.....	15
4. Justificación .....	16
4.1. Aporte teórico. ....	16
4.2. Aporte metodológico.....	16
4.3. Aporte practico y social.....	17
5. Presuposición filosófica .....	17
Capítulo II.....	19
Marco teórico .....	19
1. Antecedentes .....	19
2. Marco teórico .....	25
2.1. El adulto mayor y el proceso de envejecimiento.....	25
2.2. Adulto mayor.....	27
2.3. Criterios de definición y selección de las personas adultas mayores .	29
2.4. Variables.....	30
2.4.1 apoyo social.....	30
2.4.1.1. Dimensiones.....	32
2.4.1.2. Perspectiva estructural o cuantitativa .....	32
2.4.1.3. Perspectiva funcional del apoyo social .....	32
2.4.1.4. Niveles de apoyo social.....	34
2.4.2. Dependencia funcional.....	36

2.4.2.1 grado de dependencia.....	37
2.4.2.2 escala de lawton y brody .....	38
2.5. Rol de enfermero .....	38
2.6. Teoría de enfermería .....	40
Capítulo III.....	44
Materiales y método.....	44
1. Diseño y tipo de investigación.....	44
2. Delimitación geográfica.....	44
3. Población y participantes .....	45
3.1. Población .....	45
3.2. Muestra.....	45
3.2.1 criterios de inclusión y exclusión de los adultos mayores .....	45
3.2.2 características de la muestra:.....	46
4. Hipótesis de variables.....	47
4.1 hipótesis general.....	47
4.2 hipótesis específicos.....	47
5. Operacionalización de variables .....	49
6. Técnica e instrumento de recolección de datos .....	51
7. Proceso de recolección de datos.....	52
8. Procesamiento y análisis de datos.....	53
9. Consideraciones éticas .....	53
Capítulo IV .....	55
Resultados y discusión .....	55
1. Resultados.....	55
2. Discusión .....	61
Capítulo V .....	64
Conclusiones y recomendaciones .....	64
1. Conclusiones .....	64
2. Recomendaciones .....	65
Referencias bibliograficas .....	66
Anexo .....	73

## Índice de anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos .....	73
Anexo 2. Autorización institucional .....	76
Anexo 3 Consentimiento informado .....	77
Anexo 4. Tablas de resultados descriptivos por cada ítem .....	78
Anexo 5. Resultados descriptivos .....	79
Anexo 6. Prueba de normalidad.....	79



## Índice de tablas

Tabla 1. <i>Características sociodemográficas</i> .....	46
Tabla 2. <i>Relación entre apoyo social y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.</i> .....	55
Tabla 3. <i>Apoyo social en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019</i> .....	56
Tabla 4. <i>Dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.</i> .....	56
Tabla 5. <i>Relación entre la dimensión apoyo emocional y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019</i> .....	57
Tabla 6. <i>Relación entre la dimensión apoyo instrumental y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.</i> .....	58
Tabla 7. <i>Relación entre la dimensión interacción social positiva y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.</i> .....	59
Tabla 8. <i>Relación entre la dimensión apoyo afectivo y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.</i> .	60

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación entre apoyo social y dependencia funcional en adultos mayores. **Materiales y métodos:** De enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional y de corte transversal. La muestra de selección se realizó mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia. Estuvo conformada por 150 adultos mayores. Se utilizó dos instrumentos para la recolección de datos, el cuestionario de apoyo social de MOS adaptado por Cruz (2009) con una prueba de confiabilidad de 0,97 y su vez la escala Lawton y Brady , adaptado por Meza (2016) **Resultados:** se encontró que el 38,7% presentan un nivel bajo de apoyo social y un 30,7% tiene entre un nivel medio y alto; por otro lado, en el análisis de cada dimensión, presentaron un nivel bajo en apoyo emocional (43,3%), apoyo instrumental (46,7%) , en interacción social (53,3%) entre alto y medio, apoyo afectivo (38,8%) alto. El 46,7% con dependencia moderada, un 44% es funcionalmente independientes, el 4,7% entre dependencia total y dependencia severa. **Conclusiones:** Existe relación significativa entre ambas variables.

**Palabras Clave:** apoyo social, dependencia funcional y adulto mayor.

## **Abstract**

**Objective** To determine the relationship between social support and functional dependence in older adults. **Materials and methods:** Quantitative approach, non-experimental design, correlational type and cross-sectional type. The selection sample was made through non-probabilistic sampling for convenience, it was made up of 150 older adults. Two instruments were used for data collection, the MOS social support questionnaire adapted by Cruz (2009) with a reliability test of 0.97 and the Lawton and Brady scale, adapted by Meza (2016) **Results:** found that 38.7% have a low level of social support and 30.7% have a medium and high level, on the other hand, in the analysis of each dimension, they presented a low level in emotional support (43.3 %), instrumental support (46.7%), in social interaction (53.3%) between high and medium, emotional support (38.8%) high. 46.7% with moderate dependence, 44% are functionally independent, 4.7% between total dependence and severe dependence. **Conclusions:** There is a significant relationship between both variables.

**Keywords:** social support, functional dependence and elderly

# Capítulo I

## El problema

### 1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), entre los años 2000 y 2050, la cantidad de la población mundial que tiene 60 años de edad o más se duplicará, y pasará de un 11 al 22%. Asimismo, se prevee que este número absoluto de personas aumentará de 900 millones, en el 2015 a 1 400 millones para el 2030, y 2100 millones para el 2050; que podrían llegar a los 3 200 millones en el 2100.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), con el incremento de esta población, se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no puedan valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Es así que, muchos ancianos de edad muy avanzada perderán la capacidad de vivir independientemente a causa de padecer limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Así también, muchos necesitarán alguna forma de asistencia a largo plazo, ya sean cuidados domiciliarios o comunitarios, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.

En América Latina y el Caribe, se calcula que la cantidad de adultos mayores se duplicará en el 2030, representando un 16,7% de la población (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, [OPS/OMS] 2015). Por otro lado, en el Perú, existe un aumento de la población adulta mayor de 5,7%, en el año 1950 a 10,1%, en el 2017. De igual manera, se considera que en los hogares

de Lima Metropolitana el 37,7% cuenta con un adulto mayor (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2017).

Por otro lado, en el análisis situacional del Perú (ASIS, 2012), los problemas de morbilidad que aquejan a este grupo etario son: las enfermedades crónicas degenerativas, las infecciones respiratorias agudas bajas, los accidentes cerebrovasculares, la hipertensión arterial y las patologías isquémicas cardíacas. Del mismo modo, las muertes por diabetes mellitus representaron el 3,9%, seguidas de la insuficiencia renal, la cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas (Ministerio de Salud y Dirección General de Epidemiología, 2013).

Seguidamente, Villalobos (2014) considera al adulto mayor como una población vulnerable a cualquier alteración familiar, social, económica o de otro tipo, lo que compromete rápidamente su estado de salud, evidenciándose en la limitación de su capacidad funcional o dependencia física, además de su autoestima. La pérdida de roles en los adultos mayores ha implicado también, pérdidas de espacio y de pertenencia y esto ha contribuido a generar algún grado de indefensión del adulto mayor que se expresa muchas veces en desamparo y abandono, llegando a ser una carga para la familia y la sociedad.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) reporta que, en el Perú, existen 633 mil 590 adultos mayores que viven solos, representando el 38,4%. Cabe precisar, que, de este total, un 61,8% vive con otra persona igualmente anciana, que puede ser el cónyuge, algún familiar o amigo. A su vez, un 38,2% viven completamente solos, es decir, en un hogar unipersonal.

Además, conforme avanzan los años, el adulto mayor se va deteriorando y su estado funcional no es el mismo ocasionando que las actividades que antes realizaba

a un ritmo normal, se realicen de distinto modo, debido a que la pérdida de masa y función muscular ocasiona disminución en la fuerza, siendo predictor incluso de morbilidad y mortalidad (Meza, 2016).

En función a los principios cristianos de la Iglesia Adventista del Séptimo Día que señalan los mandamientos “Honra a tu padre y a tu madre” y el “amor al prójimo”, la iglesia practica el cuidado y respeto hacia el adulto mayor incluyéndolos en actividades de la iglesia como: ancianos, diáconos, el ministerio de la mujer, la escuela sabática, etc. que los mantienen desarrollándose en varias actividades, evidenciando buena capacidad funcional a pesar de la edad. Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de apoyo social que reciben los adultos mayores según el grado de dependencia funcional?

## **2. Formulación del problema**

### **2.1. Problema general.**

¿Cuál es la relación que existe entre apoyo social y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019?

### **2.2. Problemas específicos.**

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión apoyo emocional y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión apoyo instrumental y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión interacción social positiva y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019?

¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión apoyo efectivo y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019?

### **3. Objetivos de la investigación**

#### **3.1. Objetivo general.**

Determinar la relación que existe entre apoyo social y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

#### **3.2. Objetivos específicos.**

Identificar el nivel de apoyo social en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

Identificar el grado de dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

Identificar la relación entre la dimensión apoyo emocional y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

Identificar la relación entre la dimensión apoyo instrumental y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho

Chosica, 2019.

Identificar la relación de la dimensión interacción social positiva y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

Identificar la relación de la dimensión apoyo afectivo y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

#### **4. Justificación**

##### **4.1. Aporte teórico.**

El trabajo de investigación contribuirá al conocimiento científico por la información actualizada y especializada a profundidad al marco teórico de las variables de estudio, permitiendo ser una fuente confiable y veraz para futuras investigaciones. De igual manera, permitirá ampliar conocimientos del profesional de enfermería en relación al apoyo social y dependencia funcional en los adultos mayores.

##### **4.2. Aporte metodológico.**

Los resultados de base de datos servirán al comité de la Iglesia Adventista del Séptimo día del distrito del Inti, para que las autoridades correspondientes tomen acciones necesarias referente a los temas apoyo social y dependencia funcional. Por otro lado, el diseño y tipo de investigación permitirá establecer si existe relación entre ambas variables.



### **4.3. Aporte práctico y social.**

El trabajo de investigación pretende fomentar la importancia y el valor del apoyo social que recibe el adulto mayor de acuerdo a su autonomía, donde se ve el grado de la dependencia de acuerdo a sus actividades básicas instrumentales de la vida diaria. De igual manera, se fortalecerá las actividades de inclusión y participación del adulto mayor de la iglesia.

## **5. Presuposición filosófica**

La presuposición filosófica, según Knight (2002) la escuela cristiana tiene tanto un aspecto conservador como uno revolucionario. La mezcla de estos dos roles ayuda al cristiano que va madurando a convertirse en alguien que esté en el mundo, pero no sea del mundo.

Según G. de White (1959), sobre los ancianos, explica que ellos necesitan también sentir la benéfica influencia de la familia. En el hogar de hermanos y hermanas en Cristo es donde mejor puede mitigarse la pérdida de los suyos. Si se les anima a tomar parte en los intereses y ocupaciones de la casa, se les ayudará a sentir que aún conservan su utilidad. Hacedles sentir que se aprecia su ayuda, que aún les queda algo que hacer en cuanto a servir a los demás, y esto les alegrará el corazón e infundirá interés a su vida. Las enfermeras, y todos los que tienen que hacer en el cuarto del enfermo, deben manifestarse animosos, tranquilos y serenos. Todo apuro, toda agitación y toda confusión deben evitarse.

Según Filipenses 2:4 *“No mirando cada uno por lo suyo propio, sino cada cual también por lo de los otros”*, el texto bíblico nos hace referencia a que no seamos

omisos frente a la necesidad de las demás personas, que, así como vemos por nuestro propio bienestar también lo hagamos por el de las demás personas.

Además, en Romanos 12:10 *“Amaos los unos a los otros con amor fraternal; en cuanto a honra prefiriéndonos los unos a los otros”*, el texto bíblico nos hace referencia que debemos amar a los demás, como enfermeras brindar una atención de calidad con buen trato, con amor hacia los pacientes.

Asimismo, 1 Tesalonicenses 5: 11 *“Por lo cual animaos unos a otros, y edificaos unos a otros, así como lo haceis”*, el texto bíblico hace referencia a que debemos animar a los demás y mucho más a las personas que se encuentran decaídas de salud, brindarles palabras de aliento frente a la situación por la que están pasando.

En 1 Timoteo 5:1 *“No reprendas al anciano, sino exhortale como a padre, a los más jóvenes como a hermanos”* el texto bíblico nos hace referencia al trato de que debemos tener con los ancianos, como enfermeras brindarle un cuidado con amor, respeto y paciencia.

En Lucas 6:31 *“Y así como queréis que los hombres os hagan, haced con ellos de la misma manera”* el texto bíblico nos hace referencia al apoyo que debemos brindar a nuestro prójimo.

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **1. Antecedentes**

Lema (2018) realizó un estudio, en Arequipa, titulado “Dependencia funcional y depresión en adultos mayores del servicio de geriatría del hospital iii regional Honorio delgado” con el objetivo de determinar si existe asociación entre la dependencia funcional y la depresión en la población de adultos mayores que acuden a consulta externa geriátrica de un centro hospitalario. La metodología de estudio fue observacional, transversal, prospectivo y analítico. La muestra fue de 186 adultos mayores, a los que se les aplicó el Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody para medir la dependencia funcional, y la Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los resultados evidenciaron que, la mayoría de adultos mayores fueron de sexo femenino (66%), con una edad promedio de 71 años y estuvieron casados (42,5%). Asimismo, el 52,7% presentaron un cuadro probable de depresión y el 72% evidenció que los adultos mayores son independientes. Por lo tanto, se concluyó que sí existe una relación estadística significativa entre la dependencia funcional para actividades de la vida diaria y la depresión en adultos mayores ( $p < 0,05$ ).

Jirón y Palomares (2018) realizaron un estudio, en el Rímac, titulado “Estilos de vida y grado de dependencia en el adulto mayor en el centro de atención residencial geronto geriátrico Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro, Rimac. Su objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y el grado de dependencia del adulto mayor. La metodología fue de tipo cuantitativo, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 73 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron el índice de Barthel que presentó un valor de Alpha Cronbach de 0,862, y la

Escala de Estilo de Vida de 0,774. Los resultados indicaron que el 43,8% de adultos mayores fueron de sexo masculino y el 56,2% femenino. En relación con las variables de estudio, el 67,1 % evidenciaron un estilo de vida no saludable y el 32,9 % saludable. Los adultos mayores dependientes representaron el 50,7% del total, donde el 41,1% manifestaron una dependencia moderada, el 5,5% leve y el 4,1% grave. Por otro lado, el 49,3% fueron independientes. Por lo tanto, se concluyó que no existe correlación entre el estilo de vida y el grado de dependencia ( $p=0,935$ ) en los adultos mayores.

Figuroa (2018) realizó un estudio, en el Rímac, titulado “Apoyo social en los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro del Distrito del Rimac. El objetivo fue determinar el nivel de apoyo social en los adultos mayores institucionalizados. La metodología fue descriptiva, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo representada por 51 participantes, los cuales fueron seleccionados a través de la técnica del muestreo aleatorio simple y su fórmula para determinar la misma. El instrumento que se utilizó para recolectar la información fue el cuestionario MOS de Apoyo Social. Los resultados indicaron que el nivel de Apoyo Social percibido en los adultos mayores institucionalizados corresponde a un nivel medio igual al 82,4% representado por la falta de soportes o redes que interfieren de manera negativa en su calidad de vida.

Ravello (2018) realizó un trabajo de investigación titulado “Apoyo social y satisfacción con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores. El objetivo fue establecer la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en adultos mayores de locales comunales. La metodología fue de tipo correlacional, no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 192 adultos

mayores. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Apoyo Social MOS y la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. Los resultados demostraron que el 55,7% de los adultos mayores presentan un nivel promedio de apoyo social y el 45,8% un nivel promedio de satisfacción con la vida. Asimismo, se encontró una correlación positiva, de nivel moderado y altamente significativa ambas variables ( $r=0,599$ ).

Cerquera *et al.* (2017) realizaron un estudio, en Colombia, titulado “Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor”. El objetivo fue describir el nivel de dependencia funcional y apoyo social percibido por el adulto mayor con dolor. La metodología fue de corte transversal y descriptiva. La muestra estuvo integrada por 200 adultos mayores, a los que se les aplicó el instrumento de apoyo social percibido, la prueba Barthel y el cuestionario Mcguill. Los resultados evidenciaron que los participantes describen su dolor en mayor medida como brusco en un 58,5 %, cruel en el 71,5 % y molesto en el 61 %. Por lo tanto, se concluyó que la mayoría de los participantes tiene altos niveles de apoyo social y el 86,5 % son totalmente independientes.

Vargas y Vargas (2017) realizaron un estudio de investigación en Lima, titulado “Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a los CIAM. El objetivo fue describir la relación entre el apoyo social y el bienestar psicológico en los adultos mayores. La metodología fue correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 209 adultos mayores y los instrumentos fueron: el cuestionario adaptado de apoyo social de Moss y la adaptación española de la Escala de Bienestar psicológico de Ryff. Los resultados demostraron que hay una relación positiva entre ambas variables ( $p<,01$ ), señalando que a mayor percepción de apoyo social existirá mayor bienestar psicológico.

Llange (2017) realizó un estudio, en Vitarte, titulado “Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte”. El objetivo fue determinar la asociación entre el apoyo social y el grado de depresión en adultos de un Hospital Público. La metodología fue analítico, transversal y prospectivo, la muestra fue de 322 adultos y los instrumentos utilizados fueron el test de Zung para medir el grado de depresión y el cuestionario DUKE UNC para el apoyo social. Los resultados revelaron que el 35,9 % de los pacientes tenían depresión y el 38,8% percibieron un apoyo social bajo. La relación de ambas variables fue positiva ( $p=0,001$ ), se encontró que el apoyo social bajo, el número de visitas, el sexo, la edad, estar soltero o viudo, tener diabetes mellitus 2 o hipertensión arterial como comorbilidad se asocian con la depresión.

Velazco y Carrera (2017) realizaron un estudio en Lima, titulado “Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar misioneros de amor” con el objetivo de determinar la relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores. La metodología fue de diseño correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo integrada por 200 adultos mayores y los instrumentos empleados fueron el índice de Barthel con un  $\alpha = 0,92$  y el Mini Mental con un  $\alpha = 0,81$ . Los resultados revelaron que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo con un p-valor de 0,567. Sin embargo, se halló relación entre la edad y el deterioro cognitivo ( $p = 0,001$ ) y la dependencia física ( $p = 0,03$ ); y entre el género y el deterioro cognitivo ( $p = 0,038$ ).

Flores *et al.* (2016) realizaron un estudio, en México, titulado: “Apoyo social percibido y envejecimiento en hombres y mujeres de una comunidad rural”. El objetivo fue analizar el apoyo social percibido y el envejecimiento activo. La metodología fue transversal y analítica, con una muestra de 100 adultos mayores. Se evaluó con el

Cuestionario de apoyo Social Funcional Duke-UNK. Los resultados mostraron que existe relación entre el género y el apoyo social percibido ( $p < 0,00$ ), el 66% manifestaron recibir algún tipo de apoyo económico, las mujeres se dedicaban predominantemente a la casa y los hombres “no hacían nada”. Por lo tanto, se concluyó que el envejecimiento activo se caracteriza por un aumento potencial de carga sobre la economía familiar en el adulto mayor, debido a la reducida cobertura de los planes de pensiones y exclusión del empleo formal, aumentando la realización de actividades no remuneradas, ocasionando dependencia familiar para la supervivencia cotidiana, donde se ve una afectado el apoyo percibido.

Jimenez *et al.* (2016) realizaron una investigación, en México, titulado “Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor”. El objetivo fue asociar el grado de dependencia funcional y la percepción de apoyo familiar del adulto mayor. La metodología fue correlacional y de corte transversal, la muestra estuvo integrada por 298 adultos mayores con 60 a 86 años. Se utilizaron los instrumentos de la Escala de Lawton Brody y el Apgar Familiar. Los resultados evidenciaron que existe diferencia en la percepción de apoyo familiar y el género, siendo mejor para las mujeres ( $p < 0.003$ ); resultados similares se obtuvieron para la escala de Lawton Brody ( $p < 0.0001$ ). por lo tanto, se concluyó que existe asociación entre dependencia funcional con la percepción de apoyo familiar en el adulto mayor.

Unsar, Dindar y Kurt (2015) realizaron un estudio, en Turquía, titulado “Actividades de la vida diaria, calidad de vida, apoyo social y niveles de depresión de las personas mayores”. El objetivo fue determinar las actividades de la vida diaria, la calidad de vida, el apoyo social y los niveles de depresión de las personas mayores y los factores que afectan a cada uno de estos elementos. La metodología fue de corte transversal, con una muestra de 912 adultos mayores. Los instrumentos usados fueron; la Escala

de Actividades de la Vida Diaria de Katz, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, la Escala Europea de Calidad de Vida con Dimensiones y la Escala de Depresión Geriátrica. Los resultados evidenciaron que los niveles de apoyo social y las actividades de la vida diaria de las personas mayores con una alta calidad de vida fueron más altos y sus niveles de depresión fueron más bajos ( $p < 0.05$ ). Por lo tanto, se concluye que los problemas de salud crónicos y la polifarmacia deben tenerse en cuenta al planificar los servicios de atención médica para las personas mayores para garantizar que mantengan una mejor calidad de vida.

Zapata, Delgado, Cardona (2015) realizaron un estudio, en Colombia, titulado “Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana”, El objetivo fue describir las redes de apoyo social y familiar con que cuenta el adulto mayor. La metodología fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra fue de 239 adultos mayores. Los resultados evidenciaron que el adulto mayor valora satisfactoriamente el apoyo recibido por la familia y los amigos. Asimismo, se encontró relación entre el sexo y la no realización de actividades diferentes a las cotidianas (valor de  $p=0,004$ ). Por lo tanto, se concluye, que la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a sentirse desamparados y vulnerables. A pesar de encontrarse satisfechos por el apoyo de la familia, algunos manifiestan, en especial las mujeres, sentirse maltratados. Los anteriores aspectos junto con la falta de actividad que les ocupe el tiempo deben ser tenidos en cuenta para plantear estrategias de intervención efectiva en redes de apoyo.

Toapanta (2015) realizó un estudio, en Ecuador, titulado “Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental”. El objetivo fue verificar el nivel de dependencia funcional de los adultos mayores con trastorno mental del Instituto de Neurociencias. La metodología fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La



muestra fue de 107 pacientes con edades de 65 años a más. Los instrumentos aplicados fueron el Índice de Barthel y el Índice de Katz. Los resultados mostraron que el 65% de los usuarios poseen algún tipo de dependencia, donde el 27% fue leve, el 11% moderado y 8% grave. Por lo tanto, se concluye que no se encontró relación directa de dependencia por patología clínica asociada, los adultos mayores presentan algún tipo de dependencia, ya sea la discapacidad física y visual, superando en esta la dependencia grave, de tal forma el trastorno mental crónico influye en la dependencia funcional del adulto mayor, al igual que la presencia de discapacidad asociada.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. El Adulto mayor y el proceso de envejecimiento: estereotipos y contribuciones**

Según el informe de la OPS y OMS (2015), el estereotipo de las personas mayores como frágiles y dependientes, a menudo las contribuciones que las personas mayores hacen se pasan por alto, mientras que las demandas del envejecimiento va a colocar en la sociedad son con frecuencia excesivas o exageradas. Solo algunas personas mayores requerirán atención y apoyo, en general la población de edad es muy diversa y hace múltiples contribuciones a las familias, comunidades y la sociedad en general. Se cita una investigación que sugiere que estas contribuciones son muy superiores a las inversiones que podrían ser necesarias para proporcionar los servicios de salud, atención a largo plazo y seguridad social que estas personas requieren. Las políticas tienen que pasar de un énfasis en el control de costos, a un mayor enfoque en capacitar a los adultos mayores a hacer las cosas que son importantes para ellos.

Asimismo, la Pan American Health Organization (PAHO, 2012), en la Región de las Américas en el año 2010, la población de 60 años y más alcanza el 13.1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, y 49 adultos de 75 años y más por cada 100 niños menores de 15 años. Once países, Canadá, Cuba, Puerto Rico, Martinica, Barbados, Estados Unidos, Uruguay, Guadalupe, Antillas Holandesas, Argentina y Chile, superan el índice de envejecimiento de la región. De ellos, solo en Canadá la población de adultos mayores supera la población menor de 15 años, teniendo 122 adultos mayores por cada 100 niños. Esto evidencia un marcado aumento de la población de 60 años y más de edad respecto a la población menor de 15 años, cambio que no se presenta con igual magnitud y ritmo en toda la región. Para el 2025, la población de 60 años y más ascenderá a 18.6% en la región de las Américas, la mediana del índice del envejecimiento de la región alcanzará el valor de 100 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años, es decir, la mitad de los países de la región tendrá más de un adulto por cada niño de dicha edad (índice de envejecimiento superior a 100).

En el Perú, se estima que las personas adultas mayores (más de 60 años) son 2.907,138, de las cuales el 57% tiene entre 60-69 años; mientras el 31%, entre 70 a 79 años y el 12% entre 80 años a más. En relación a salud, las personas adultas mayores que representaron algún problema de salud crónica fueron principales las mujeres, alcanzando el 79%, siendo mayor en el caso de las mujeres del área urbana con 81.4%, seguido de un 78.3% del área rural. En el caso de los hombres, fue de 67.9%, siendo 69.5% en los hombres del área rural y 66.5% del área rural (MINSA, 2014).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2019), en el Perú, como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población ha desplegado cambios significativos. Así, en la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as, de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; mientras en el año 2019 son 26 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,7% en el año 2019.

En Lima Metropolitana se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, donde de cada 100 hogares en 41 existe al menos una persona adulta mayor que alcanza el 44,0%. Le siguen los hogares del área rural, en este ámbito de cada 100 hogares en 39 hay un/a adulto/a mayor que registra el 43%. En tanto en el área urbana (no incluye Lima Metropolitana) en 34 de cada 100, existe una persona de este grupo etario (Instituto Nacional de estadísticas e informática, 2019).

## **2.2. Adulto mayor**

Según Alvarado García y Salazar (2014), la etapa que comprende el final de la vida, que comienza a partir de los 60 años. Se caracteriza esta edad por los cambios físicos, lo que a su vez ocasiona una sensible y progresiva baja de la actividad mental. Este va perdiendo interés por las cosas de la vida y va viviendo en función al pasado, que evoca constantemente ya que el presente y el futuro no le ofrecen en realidad muchas expectativas.

Por otro lado, Villalobos (2014) menciona al adulto mayor como aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse o cuando el gobierno determina por la ley, una vez que se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo según el postulado de postula a Motlis (1995) .

Asimismo, Villalobos (2014) refiere que la importancia de dividir a la vejez en dos sub etapas, viejos jóvenes (55 a 85 años) y viejos (mayores de 85 años), siendo los primeros los que gozan de buena salud y se encuentran integrados a su familia y comunidad considerando la descripción del autor Neugarten (1999). Esta división es fundamentalmente práctica, pues en realidad las etapas no están claramente delimitadas, pudiendo incluso sobreponerse una sobre otras.

Según el Minsalud (2019), define a las personas adultas mayores como sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida; es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad.

### **2.3. Criterios de definición y selección de las personas adultas mayores según MINSA (2010)**

1. *Persona Adulta Mayor Activa Saludable*. Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.
2. *Persona Adulta Mayor Enferma*. Es aquella que presenta alguna afección aguda, subaguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo.
3. *Persona Adulta Mayor Frágil*. Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:
  - Edad: 80 años a más
  - Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
  - Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
  - Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
  - Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
  - Caídas: Una caída en el último mes ó más de una caída en el año.
  - Pluripatología: Tres ó más enfermedades crónicas
  - Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros.
  - Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.

- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28.

4. *Paciente Geriátrico Complejo*. Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- Deterioro cognitivo severo
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

## **2.4. Variables**

### ***2.4.1 Apoyo social***

Es la proporción de diversos medios, que la persona necesita para subsistir dentro de su ciclo vital, así puede mejorar sus diversos estados como el biológico, físico y mental (Figueroa, 2018).

Villalobos (2014) describe al apoyo social como: es la “información verbal y no verbal, siendo un apoyo tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia, que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”.

Por otro lado, Marín (2016) citó a los autores Ana Barrón Lin y Cols (1986), para definir el apoyo social como “provisiones instrumentales o expresivas, reales o

percibidas, estas pueden ser aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Asimismo, postula al autor Vaux (1988) quien describe que el apoyo social es un metaconstructo, con tres elementos conceptuales que se relacionan, actuando entre el individuo y el ambiente: los recursos de la red de apoyo, las conductas de apoyo y las evaluaciones de apoyo.

Según Vargas & Vargas (2017), citó al autor Suarez (2011), donde menciona que no solo son los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona reciba de ello. Es así, que el apoyo se divide en tres niveles: El primero hace referencia al área cognitiva, la cual pretende ofrecer información o consejo a una persona receptora de apoyo con la intencionalidad de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas acerca de una situación que no comprende. El segundo es el área afectiva, implica la seguridad de poder confiar en alguien para hacer frente a las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales. La tercera es el área conductual que involucra la posibilidad de ayuda directa y de ofrecer estrategias para tener un mejor nivel de afronte a diversos problemas.

Asimismo, Vargas & Vargas (2017), sostiene que los principales fundamentos del apoyo social destacan la importancia de un interés preventivo y de mantener una salud positiva. Además, se interesa por personas que se encuentren en una situación de fragilidad; de esta manera, se centra en el trabajo con los recursos del individuo para lograr cambios a partir de la implicación activa de los involucrados y potenciar el involucramiento a nivel grupal, institucional y comunitario.

#### **2.4.1.1. Dimensiones**

Puede ser estructural o funcional, de acuerdo a la perspectiva que se estudie.

#### **2.4.1.2. Perspectiva estructural o cuantitativa**

De esta perspectiva, el apoyo social, denominado red social, se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a que el individuo puede recurrir para ayudar a resolver situaciones o problemas planteados (familia, amigos, situación marital o pertenecía al grupo de pares), y la interconexión entre estas redes (Villalobos, 2014).

Las principales características de la red social, según Gallardo (2013) son:

- Tamaño de la red: se refiere al número de personas con las que tiene contacto personal.
- Densidad: se refiere a la interconexión que une a los contactos con el grupo.
- Reciprocidad: se refiere al grado en el intercambio justo es dado por las dos partes, existiendo un equilibrio.
- Homogeneidad: se refiere al grado de características comunes que unen a las personas del grupo como valores, personalidad, intereses, etc.).

#### **2.4.1.3. Perspectiva funcional del apoyo social**

Para Villalobos (2014), la percepción es la que lleva al individuo a creer que lo cuidan, que es amado, estimado y valorado, que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas. Sus componentes son: apoyo emocional, informativo, instrumental, afectivo e interacción social positiva. Y se analizan los



efectos o consecuencias que le suceden al sujeto y la conservación de las relaciones sociales que tiene en su red (citado por Buendía, 2003).

Diversos autores plantean diferentes funciones que cumple el apoyo social, las cuales resaltan por ser de consenso: emocional, tangible e informal. Por su parte, Paulo, Nadler y Fisher (1998), desde una perspectiva funcional, agrega que los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones son:

- Emocional/Informacional. Relacionado con el cariño y la empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona. Además de la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas. En este proceso de búsqueda de ayuda, las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona necesitada. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

- Tangible o instrumental. Es cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita.

- Apoyo afectivo. Se refiere a las expresiones de afecto y amor que les son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.

- Interacción social positiva. Se relaciona con pasar tiempo con los otros y la disponibilidad de estas para distraerse, divertirse, etc. (Baca, 2016).

El apoyo social, según las cuatro dimensiones definidas, son el modelo más citados por diversas investigaciones; sin embargo, Sherbourne y Stewart (1991) plantean un modelo similar a partir de la creación de su cuestionario, ya que, a partir

de sus resultados, encontraron que el apoyo informativo y emocional formaban parte de un solo constructo, concluyendo que el apoyo social estaba formado por cuatro dimensiones: apoyo emocional, apoyo material, apoyo afectivo e interacción social positiva. Las dimensiones planteadas por los autores son utilizadas con otras denominaciones como el apoyo emocional conocido también como apego o afecto, el apoyo informativo conocido como apoyo de orientación y evaluación, el apoyo material o también llamado instrumental o tangible e interacción social positiva conocido como interacción social, pertenencia o compañía social (Ravello, 2018).

#### *2.4.1.4. Niveles de apoyo social*

Propone niveles en el que la persona obtiene el apoyo, desde el contexto más amplio hasta las relaciones íntimas; indica también que, si bien estos niveles ayudan al estudio del apoyo social, estos niveles se encuentran interconectados (Peña, 2005 citado por Ravello, 2018).

- Macrosocial: este nivel está conformado por la sociedad; es decir, por la integración social mediante roles, regulación normativa y orden social.
- Mesosocial: en este nivel se encuentran las redes sociales, que permite al sujeto poder acceder a cierta cantidad de contactos, dándole un sentido de pertenencia y unión con los demás. Aquí se estudiarán las características de las redes sociales como tamaño, densidad, etc.
- Microsocial: siendo este el último nivel y el más profundo. En este nivel se comparten lazos más íntimos y afectivos, que implican transacciones recíprocas de apoyo, así como mayor compromiso del cuidado del otro.

## **Fuentes de apoyo**

Se distingue de dos tipos de apoyo social: el formal, que se obtiene de grupos con normas, y el apoyo informal, que se obtiene de grupos con reglas implícitas.

### **Apoyo formal**

Este tipo de apoyo está relacionado con organizaciones burocráticas, donde se centra en objetivos que pueden ayudar en algunas áreas, se hacen uso de trabajadores remunerados para cumplir estas funciones. Este tipo de apoyo son gubernamentales; es decir, instituciones del Estado brindadas para la población en un determinado territorio (Ravello, 2018).

### **Apoyo informal**

El apoyo informal proviene de grupo no estructurados y conformada por redes personales. Es una ayuda no remunerada, como el caso del apoyo formal, que proviene de amigos, vecinos y familiares. Este tipo de apoyo puede ser de manera directa por un familiar y secundario conformado por amigos y vecinos, quienes permiten la pertenencia a un grupo, la realización individual y el potencial para desarrollarse (como lo cito Cardona, Estrada, Chavarría, Segura, Ordoñez y Osorio, 2010). Asimismo, Guzmán, Huenchuan *et al.* (2003) consideran a la familia como el apoyo más común al adulto mayor, siendo el proveedor de la ayuda emocional y material. Los amigos también forman parte importante de fuente de apoyo para las personas adultas mayores, ya que el vínculo de amistad está unido por interés y actividades compartidas (Ravello, 2018).

### **2.4.2. Dependencia funcional**

Velazco y Carrera (2017) describen la dependencia como la "subordinación a un poder mayor" o situación de una persona que no se vale por sí misma. Intrínsecamente, presupone la pérdida de autonomía y relega el autocuidado, ya sea a personas, instituciones u otras entidades. Aunque la condición de dependencia puede ocurrir a lo largo del ciclo de vida, hay condiciones que hacen que los adultos mayores sean más proclives, debido a que la vejez viene acompañada de complicaciones que van deteriorando la salud y conduciendo a la muerte (citado por Ruelas, Graue, Mancilla, Fajardo y Sarti, 2014).

Por otro lado, Meza (2016) refiere una complicación de la funcionalidad es la dependencia. La dependencia es una situación de discapacidad en la que interviene el factor contextual de ayuda, donde existe la necesidad de requerir la intervención de personas, objetos, dispositivos, etc., para satisfacer sus necesidades y actividades en su vida diaria.

Asimismo, Meza (2016) destaca la descripción del autor Querejeta González: con respecto a el término "Dependencia = Limitación en actividad + ayuda". Dependiente se usa de forma genérica o global, donde se refiere a un tipo particular de dependencia para el autocuidado. Es una persona que, como consecuencia de su senilidad o enfermedades relacionadas con la edad; además, tiene dificultades en relación con su capacidad para cuidar de sí mismo y realizar las funciones y obligaciones.

### **2.4.2.1 Grado de dependencia**

Según el Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA, 2009), “la dependencia física es la disminución de la capacidad funcional que va desde severo a leve, según las actividades básicas de la vida diaria implicadas y la ayuda requerida para su realización”. Es cuando la persona necesita ayuda para realizar más de una o dos actividades básicas de la vida diaria.

Según la Guía Práctica de la Ley de Dependencia (2011), lo clasifica de la siguiente manera:

**Grado I o dependencia moderada.** Es el individuo que necesita ayuda para realizar alguna actividad básica de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal (García, M. *et al.*, 2011).

**Grado II o dependencia severa.** Es el individuo que necesita ayuda para realizar dos o tres veces al día sus actividades básicas de la vida diaria, no siempre requiere del apoyo permanente de un cuidador o de un apoyo extenso para su autonomía personal (García, M. *et al.*, 2011).

**Grado III o gran dependencia.** Es el individuo que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial; necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal (García, M. *et al.*, 2011).

#### *2.4.2.2 Escala de Lawton y Brody*

Fue publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y ABVD en población anciana institucionalizada o no. La escala de Lawton es un instrumento de medición de las actividades básicas instrumentales de la vida diaria, utilizado internacionalmente y más utilizada en las unidades de geriatría de España. Su traducción al español, se publicó en el año 1993.

Para los autores Trigás, Ferreira & Meijide (2011), una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no solo la puntuación global, también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. Descripción y normas de aplicación: Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependientes). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

### **2.5. Rol de enfermero**

Según Díaz (2015), a principios de la década de 1970, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, profesoras de la Saint Louis University School St. Louis (Missuri, EE. UU) organizaron la First National Conference for the Classification of Nursing diagnosis

(fue la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos enfermeros). Convocaron a las enfermeras de todas las regiones de Estados Unidos. En esta primera reunión, se formó el National Conference Group for the Classification of Nursing diagnosis, iniciando el esfuerzo formal para identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos enfermeros.

A partir de la quinta conferencia, realizada en 1982, se abrieron las puertas a todos los profesionales enfermeros y desapareció el National Conference Group for the Classification of Nursing diagnosis creándose en su lugar se propuso la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), posteriormente, se denominó NANDA Internacional es una organización científica de enfermería sin fines de lucro, cuyo objetivo es el desarrollo y perfeccionamiento de los diagnósticos enfermeros y la formación de una taxonomía de diagnóstico propio (Kamitsuru y Herdman, 2018)

En esta asociación, se definió el diagnóstico enfermero como “un juicio clínico como sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales”.

Las etiquetas diagnósticas relacionadas según NANDA (Kamitsuru & Herdman, 2018) al adulto mayor con apoyo social y dependencia funcional son:

- *Afrontamiento ineficaz (00069)*: nombra una situación en que la persona no es capaz de valorar acertadamente los agentes estresantes a los que se enfrenta, elegir las respuestas prácticas o utilizar los recursos de los que dispone.

- *Protección ineficaz (00043)*: es la disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades y lesiones.

- *Riesgo de Síndrome de desuso (00040)*: nombra al individuo como susceptible a un deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

- *Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano (00231)*: nombra al individuo como susceptible a un estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los individuos más ancianos que experimentan deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que conlleva a un aumento en la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.

- *Síndrome de fragilidad del anciano (00257)*: nombra al individuo con estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los individuos más ancianos que experimentan deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que conlleva a un aumento en la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.

## **2.6. Teoría de enfermería**

Dorothea Orem en “Teoría General de la Enfermería” denomina a su propuesta, Teoría del Déficit de Autocuidado. Es una teoría general compuesta por tres teorías que tienen relación entre sí:

- **La teoría del autocuidado**, describe el por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas, o llevan a cabo cuidados informales.
- **La teoría del déficit de autocuidado**, explica cómo y cuándo aparece la enfermedad, y cuando debe actuar el profesional de enfermería.
- **La teoría de sistemas de enfermería**, detalla y explica las relaciones que hay que mantener entre la enfermera y la persona, para que se produzca el cuidado de enfermero (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).



D. Orem en consecuencia con su construcción teórica tripartita la autora define los cuatro conceptos que conforman el metaparadigma enfermero en los siguientes términos (Hernández, *et, al.* 2012):

#### *Enfermería*

Disciplina encargada del suministro de cuidados, consistiendo el cuidado en la ayuda a los pacientes en la satisfacción de sus requisitos de autocuidado (Orem, 1969).

#### *Persona*

D. Orem (1969) define a la persona como un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Puede aprender a satisfacer sus requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

#### *Salud*

Es el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental, siendo la salud un concepto que engloba, tanto a factores físicos como psicológicos, interpersonales o sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones (Orem, 1969).

#### *Entorno*

D. Orem (1969) lo constituye todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactúan con la persona.

Así mismo, Orem refirió que su teoría consiste en la práctica de las actividades que la persona madura lleva a cabo por sí misma para mantener un funcionamiento vivo, sano, continuar su desarrollo personal y su bienestar (Orem,1993). La teoría contempla requisitos de autocuidado en caso de situaciones de enfermedad y necesidades de cuidado terapéutico. Los conceptos están relacionados con las necesidades que presenta una persona durante un cierto tiempo de enfermedad. Por tal motivo, la teoría del Déficit de Autocuidado presenta elementos adaptables al autocuidado de los adultos mayores en casas de reposo.

### **Teoría de los cuidados de Kristen Swanson**

Kristen Swanson en 1991 describió una teoría de mediano rango que derivó empíricamente, por una investigación fenomenológica en tres contextos de la enfermería perinatal. Esta teoría puede ser generalizada más allá del contexto perinatal y más allá de la práctica de enfermería solamente. Formuló su Teoría de los Cuidados de manera inductiva, como resultado de varias investigaciones, recurriendo a varias fuentes teóricas, utilizando la fenomenología descriptiva (Rojas, 2017).

A partir del modelo de los cuidados, Swanson se propuso cinco procesos básicos;

**El mantener las creencias (Actitud filosófica de la enfermera):** “Mantener las creencias es mantener la fe en la capacidad de la vida y de los acontecimientos o transición y enfrentarse al futuro con significado, creyendo en la capacidad del otro y teniéndolo en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista, ayudando a encontrar el significado y estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación” (Swanson, 1991).

**El conocer o complicitad (Comprensión, conocimiento):** “El conocimiento es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado” (Swanson, 1991).

**El estar con (mensajes verbales y no verbales transmitidos al usuario):** “Estar con, significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada” (Swanson, 1991).

**El hacer por y el permitir o posibilitar (Acciones terapéuticas):** “Hacer por significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad” (Swanson, 1991).

Aplicar la teoría de Swanson como base filosófica y metódica de este trabajo de investigación, con la finalidad de conocer al adulto mayor en todas sus perspectivas, estar con él en las actividades que realiza dentro de la Iglesia y en sus hogares, hacer actividades que generen confort, bienestar y seguridad, mantener su fe y esperanza en un futuro cercano; es decir, acompañar humanamente en el cuidado al adulto mayor (Rojas, 2017).

## Capítulo III

### Materiales y método

#### 1. Diseño y tipo de investigación

Es de enfoque cuantitativo porque mide variables numéricas, empleando la estadística para probar hipótesis de estudio. El diseño es no experimental, porque no se manipulan deliberadamente las variables. De tipo correlacional, ya que busca la relación entre la variable apoyo social y dependencia funcional. Por último, de corte transversal porque la medición se llevó a cabo en un solo momento (Hernandez, Fernandez, y Baptista *et. al*, 2014).

Gráficamente el diseño se representa de la siguiente manera:



**Donde:**

X= apoyo social

Y = dependencia funcional

r= relación

#### 2. Delimitación geográfica

La urbanización El Inti pertenece al distrito de Lurigancho-Chosica y alberga a 6 iglesias adventistas del séptimo día, haciendo un total de aproximadamente 1200 feligreses, de los cuales 200 son adultos mayores de 60 años.

### **3. Población y participantes**

#### **3.1. Población**

La población estuvo conformada por 200 adultos mayores de 60 años de seis iglesias adventistas: El Inti, Alameda III, Jerusalén, Villa La Era, Colinas y Redención.

#### **3.2. Muestra**

La muestra estuvo conformada por 150 adultos mayores, muestreo no probabilística y por conveniencia, ya que no se siguieron los supuestos de aleatoriedad, y fue de carácter censal, porque toda la población fue considerada como muestra (Hernandez et al., 2014).

##### *3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión de los adultos mayores*

###### *Criterios de inclusión*

- Adultos mayores de 60 años
- Adultos mayores que sean participantes de las iglesias: El Inti, Alameda III, Jerusalén, Villa La Era, Colinas y Redención.

###### *Criterios de exclusión*

- Adultos menores de 60 años
- Adultos mayores que no firmen el consentimiento informado

### 3.2.2 Características de la muestra:

En la tabla 1, se observa que del 100% de la población encuestada, el 54% fueron de género femenino, el 66% tuvieron entre 60 y 71 años, el 58,7% manifestaron estar casados y el 72% tuvieron de 3 a 4 hijos. De igual manera, el 44,7% contaron con estudios de primaria, el 64,7% viven con su esposo y/o hijos, el 74,3% no trabaja y el 43,3% cuenta con seguro SIS y el 88% practica la religión adventista.

**Tabla 1** Características sociodemográficas

Variable	Escala	n	%
Genero	Femenino	81	54,0
	Masculino	69	46,0
Edad	De 60 a 71 años	99	66,0
	De 72 a 83 años	39	26,0
	De 84 a más	12	8,0
Hijos	Ningún hijo	14	9,3
	De 1 a 2 hijos	28	18,7
	De 3 a 4 hijos	108	72,0
Estado civil	Casado/a	88	58,7
	Divorciado/a	12	8,0
	Soltero/a	26	17,3
	Viudo/a	24	16,0
Lugar de procedencia	Costa	53	35,3
	Sierra	89	59,3
	Selva	4	2,7
	Extranjero	4	2,7
Grado de instrucción	Primaria	67	44,7
	Secundaria	56	37,3
	Técnico	14	9,3
	Universitario	13	8,7
Con quien vive	Solo	21	14,0
	Esposo y/o hijos	97	64,7
	Familiares	26	17,3
	Amigos	6	4,0
Ocupación	Trabaja	39	26,0
	No trabaja	111	74,0
Seguro de salud	SIS	65	43,3
	EsSalud	62	41,3
	Otro	23	15,3
Religión	Si	132	88,0
	No	18	12,0
Total		150	100,0

## **4. Hipótesis de variables**

### **4.1 Hipótesis general**

H<sub>1</sub> Existe relación significativa entre el apoyo social y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

H<sub>0</sub> No existe relación significativa entre el apoyo social y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

### **4.2 Hipótesis específicos**

H2 Existe relación entre la dimensión apoyo emocional y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

H<sub>0</sub> No existe relación entre la dimensión apoyo emocional y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

H3 Existe relación entre la dimensión apoyo instrumental y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

H<sub>0</sub> No existe relación entre la dimensión apoyo instrumental y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019

H4 Existe relación entre la dimensión interacción social positiva y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

Ho No existe relación entre la dimensión interacción social positiva y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

H5 Existe relación entre la dimensión apoyo efectivo y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.

Ho No existe relación entre la dimensión apoyo efectivo y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019.



## 5. Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Apoyo social	Es la acción de ayudar en todas las formas posibles y en donde la otra persona percibe ésta atención con el único fin que se sienta satisfecho y que alguien se preocupe por él (Liz, 2011)	Es un factor multidimensional, que abarca diversas funciones como la ayuda afectiva, emocional, instrumental e interactiva, entre otros soportes que disponen la misma red social que la persona percibe. (Sherbourne y Steward, 1989).  Niveles Alto (95-75) Medio (74-52) Bajo (51-19)	Apoyo emocional (2,3,7,8,12,15,16,18)  Apoyo instrumental (1,4,11,14)  Interacción social (6,10,13,17)  Apoyo afectivo (5,9,19)	- Alguien que le ayude  - Alguien con quien hablar  - Alguien que le aconseje  -Alguien que le lleve al médico  -Alguien que le muestre amor y afecto.  - Alguien con quien pasar un buen rato.  - Alguien que le informe y le ayude a entender una situación  Alguien en quien confiar  Alguien que le abrace.  Alguien con quien pueda relajarse.  Alguien que le prepare la comida  Alguien cuyo consejo realmente  Alguien con quien hacer cosas para olvidar sus problemas desee.  Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo  Alguien con quien compartir sus temores y  Problemas  Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas  Alguien con quien divertirse	Nunca =1  Pocas veces =2  Algunas veces =3  Mayoría de veces =4  Siempre =5

				Alguien que comprenda sus problemas. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido
--	--	--	--	---

<b>Variables</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
Dependencia funcional	Es la capacidad funcional en el que el adulto mayor tiene necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria a causa del deterioro funcional que nos indica la magnitud de discapacidad y dependencia, por lo que su valoración es relevante. (SENA MA, 2009).	<p>Las actividades básicas de la vida diaria fueron originalmente planteadas por Lawton y Brody (1969) para medir la capacidad funcional aplicado directamente a los adultos mayores de las seis iglesias adventistas del séptimo día del distrito del Inti, de manera heteroadministrativa.</p> <p>La evaluación consta de 8 preguntas directamente aplicado al adulto mayor permitirá identificar el grado de la dependencia funcional (SENAMA, 2009).</p> <p>Graduación en puntaje final:</p> <p>Independencia total (8 puntos)</p> <p>Dependencia moderada (4-7 puntos)</p> <p>Dependencia severa (1-3 puntos)</p> <p>Máxima dependencia (0 puntos).</p>	<p>Uso del teléfono</p> <p>Hacer compras</p> <p>Preparar la comida</p> <p>Realizar tareas domesticas</p> <p>Lavado de ropa</p> <p>Medio de transporte</p> <p>Tomar sus medicamentos</p> <p>Manejar su propio dinero</p>	<p>Independiente (0)</p> <p>Dependiente (1)</p>

## **6. Técnica e instrumento de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos, para medir la variable apoyo social, fue la encuesta y para la dependencia funcional la entrevista.

### ***Cuestionario de apoyo social de MOS***

El cuestionario de apoyo social de MOS fue diseñado por Sherbourne y Stewart (1991) en los Estados Unidos como un cuestionario breve y auto-administrado en personas con enfermedades crónicas, a partir de los datos del estudio del grupo The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), traducido al español por Revilla *et. al* (2005), en Argentina, en pacientes con enfermedades crónicas. Del mismo modo, fue adaptado en el Perú por Cruz (2009), con un Alpha de Cronbach de 0,97.

El instrumento consta de 20 ítems distribuidos en 4 dimensiones: apoyo emocional (2,3,7,8,12,15,16,18 ítems), apoyo instrumental (1,4,11,14 ítems), apoyo social positivo (6,10,13,17 ítems) y apoyo afectivo (5,9,19 ítems). Las alternativas de respuesta van en escala tipo Likert de 1 a 5 puntos (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre); y la escala de puntuación final lo clasifica en: alto (95-75 pts), medio (74-52 pts) y bajo (51-19 pts).

Villalobos ( 2014) realizó la confiabilidad del instrumento en un estudio realizado en Perú, contando con un Alpha de Cronbach de 0,7.

### ***Escala de Lawton y Brody***

Para la variable dependencia funcional, se utilizó Escala de Lawton y Brody (1969) que se desarrolló en Philadelphia Geriatric Center para la evaluación de autonomía física AIVD en población anciana institucionalizada o no. Traducido y adaptado en España (1993) y adaptada en el Perú por Meza (2016) con valor de Alpha de Cronbach de 0,8.

La escala Lawton y Brody valora la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, entre otros). El proceso de recolección será a través de un cuestionario aplicado por el investigador, el cual consta de 8 ítems y discrimina los ítems 3,4 y 5 si son varones.

La escala de calificación final lo clasifica en: Dependencia total (0-1 pts), grave (2-3 pts), moderada (4-5 pts), leve (6-7 pts) y autonomía (8 pts).

### **7. Proceso de recolección de datos.**

Se solicitó a la E.P Enfermería una carta de presentación dirigida a la directiva de las iglesias: El Inti, Alameda III, Jerusalén, Villa La Era, Colinas y Redención). Seguidamente, se presentó el proyecto en dichas entidades y se solicitaron los permisos necesarios. Una vez logrado esto, se procedió a coordinar con el Pr. Chumbes y los ancianos de iglesia las fechas para la aplicación de los instrumentos. La información fue levantada el mes de enero de 2020, aplicando los instrumentos previos a la firma de consentimiento informado y tomando un tiempo de 20 min por persona.

## **8. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos fueron tratados haciendo uso del software Statistics y el paquete estadístico SPSS versión 23; el ingreso de la misma, se realizó después de la elaboración de la plantilla en el software, considerando la codificación original de los instrumentos y previo foliado para evitar errores de usuario al momento de ingresar los datos. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento. Posteriormente, se cumplió con el procesamiento de la prueba Kolmogorov-Smirnov para ver si los datos se ajustaban a una distribución normal (ver anexo 4), al ver que los datos no alcanzaron dicho supuesto, se empleó la prueba Rho de Spearman para hallar la relación entre las variables, utilizando el valor numérico de ambas.

## **9. Consideraciones éticas**

Durante el proceso del estudio se consideraron los principios éticos, garantizando el debido respeto, la autonomía y el bienestar de la persona salvaguardando la confidencialidad de la información recibida.

Según la Asamblea Médica Mundial (AMM, 2014), ha promulgado la Declaración de Helsinki como propuesta de principios éticos parra investigaciones médicas en seres humanos y de información identificables. La Ley de protección de datos personales No 29733, Art. 1 “La presente Ley tiene el objeto de garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales, previsto en el artículo 2 numeral 6 de la Constitución Política del Perú, a través de su adecuado tratamiento, en un marco de respeto de los demás derechos fundamentales que en ella se reconocen” (Peruano, 2011)

Se elaboró un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del trabajo de investigación, la confiabilidad y el anonimato del adulto mayor al participar, así mismo, se explicó que la información que se recoja no se usará para ningún propósito fuera de la investigación. Se entregó por escrito al sujeto de investigación quien recibió explicación clara y completa para el desarrollo del cuestionario.

**Capítulo IV**  
**Resultados y discusión**

**1. Resultados**

**Tabla 2** *Relación entre apoyo social y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019*

			Dependencia funcional				
			DT	DS	DM	I	Total
Apoyo Social	Bajo	n	7	4	30	17	58
		%	4,7%	2,7%	20,0%	11,3%	38,7%
	Medio	n	0	2	18	26	46
		%	0,0%	1,3%	12,0%	17,3%	30,7%
	Alto	n	0	1	22	23	46
		%	0,0%	0,7%	14,7%	15,3%	30,7%
Total		n	7	7	70	66	150
		%	4,7%	4,7%	46,7%	44,0%	100,0%

Rho =.301; p=.000

En la tabla 2, se observa que del 100% de la población, el 17,3% de adultos mayores tiene un apoyo social de nivel medio y son funcionalmente independientes; por otro lado, el 0,7% de adultos mayores tiene un nivel alto de apoyo social y son funcionalmente dependientes. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico r de Pearson evidencia un coeficiente de correlación de 0,301 y un p valor de 0,000, siendo este menor a 0,05, lo que permite aceptar la H1 y rechazar H0, quedando demostrando que existe relación significativa entre el apoyo social y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

**Tabla 3** *Apoyo social en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019*

Apoyo social	n	%
Bajo	58	38,7
Medio	46	30,7
Alto	46	30,7
Total	150	100,0

En la tabla 3, se observa que del 100% de los adultos mayores encuestados, el 38,7% presentan un nivel bajo de apoyo social y un 30,7% tiene entre un nivel medio y alto de apoyo social.

**Tabla 4** *Dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019*

Dependencia funcional	n	%
Dependencia total	7	4,7
Dependencia severa	7	4,7
Dependencia moderada	70	46,7
Independencia	66	44,0
Total	150	100,0

En la tabla 4, se puede observar que del 100% de los adultos mayores encuestados, el 46,7% presenta dependencia moderada, mientras que el 44% es independiente; por otra parte, el 4,7 % se encuentra entre la dependencia total y dependencia severa.



**Tabla 5** *Relación entre la dimensión apoyo emocional y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019*

			Dependencia funcional				
			DT	DS	DM	I	Total
Apoyo Emocional	Bajo	n	7	5	32	21	65
		%	4,7%	3,3%	21,3%	14,0%	43,3%
	Medio	n	0	1	16	27	44
		%	0,0%	0,7%	10,7%	18,0%	29,3%
	Alto	n	0	1	22	18	41
		%	0,0%	0,7%	14,7%	12,0%	27,3%
Total	n	7	7	70	66	150	
	%	4,7%	4,7%	46,7%	44,0%	100,0%	

Rho =.281; p=.000

En la tabla 5, se observa que del 100% de la población, el 21,3% de los adultos mayores tiene un nivel bajo en la dimensión apoyo emocional y son dependientes moderados con respecto a la dependencia funcional; por otro lado, el 0,07% de adultos mayores tiene nivel alto y son dependientes severos. Con respecto a la prueba estadística r de Pearson señala un coeficiente de correlación de 0,281 y un p valor de 0,000, siendo este menor a 0,05, lo que permite aceptar la H1 y rechazar H0, quedando demostrando que existe relación entre la dimensión apoyo emocional y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

**Tabla 6** *Relación entre la dimensión apoyo instrumental y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019*

			Dependencia funcional				
			DT	DS	DM	I	Total
Apoyo Instrumental	Bajo	n	6	6	34	24	70
		%	4,0%	4,0%	22,7%	16,0%	46,7%
	Medio	n	1	1	25	35	62
		%	0,7%	0,7%	16,7%	23,3%	41,3%
	Alto	n	0	0	11	7	18
		%	0,0%	0,0%	7,3%	4,7%	12,0%
Total	n	n	7	70	66	150	
	%	%	4,7%	46,7%	44,0%	100,0%	

Rho =.242; p=.003

En la tabla 6, se muestra que del 100% de la población, el 23,3% de los adultos mayores tiene un nivel de apoyo instrumental medio y son funcionalmente independientes; por otro lado, el 0,7% de adultos mayores presentan un nivel medio de apoyo instrumental y tienen entre dependencia total y severa. Con respecto a la prueba estadística r de Pearson, señala un coeficiente de correlación de 0,242 y un p valor de 0,003, siendo este menor a 0,05, lo que permite aceptar la H<sub>1</sub> y rechazar H<sub>0</sub>, quedando demostrando que existe relación entre la dimensión apoyo instrumental y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

**Tabla 7** *Relación entre la dimensión interacción social positiva y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019*

			Dependencia funcional				
			DT	DS	DM	I	Total
Interacción social positiva	Bajo	n	7	3	22	12	44
		%	4,7%	2,0%	14,7%	8,0%	29,3%
	Medio	n	0	3	23	27	53
		%	0,0%	2,0%	15,3%	18,0%	35,3%
	Alto	n	0	1	25	27	53
		%	0,0%	0,7%	16,7%	18,0%	35,3%
Total	n	7	7	70	66	150	
	%	4,7%	4,7%	46,7%	44,0%	100,0%	

$\rho = .220$ ;  $p = .007$

En la tabla 7, se muestra que del 100% de la población, el 18,0% de los adultos mayores tiene un nivel alto en la dimensión interacción positiva y son funcionalmente independientes, y un grupo minoritario de 0,7% con dependencia severa. Con respecto a la prueba estadística  $r$  de Pearson, señala un coeficiente de correlación de 0,220 y un  $p$  valor de 0,007, siendo este menor a 0,05, lo que permite aceptar la  $H_1$  y rechazar  $H_0$ , demostrando que existe relación entre la dimensión interacción positiva y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

**Tabla 8.** *Relación entre la dimensión apoyo afectivo y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019*

			Dependencia funcional				Total
			DT	DS	DM	I	
Apoyo Afectivo	Bajo	n	7	3	22	12	44
		%	4,7%	2,0%	14,7%	8,0%	29,3%
	Medio	n	0	3	20	26	49
		%	0,0%	2,0%	13,3%	17,3%	32,7%
	Alto	n	0	1	28	28	57
		%	0,0%	0,7%	18,7%	18,7%	38,0%
Total	n	7	7	70	66	150	
	%	4,7%	4,7%	46,7%	44,0%	100,0%	

$\rho = .310$ ;  $p = .000$

En la tabla 8, se muestra que del 100% de la población, el 18,7% de los adultos mayores presenta un nivel alto en la dimensión apoyo afectivo y tiene entre dependencia moderada e independencia; por otro lado, 0,7% de adultos mayores presentan un nivel alto y tienen dependencia severa. Con respecto a la prueba estadística  $r$  de Pearson, señala un coeficiente de correlación de 0,310 y un  $p$  valor de 0,000, siendo este menor a 0,05, lo que permite aceptar la  $H_1$  y rechazar  $H_0$ , quedando demostrando que existe relación entre la dimensión apoyo afectivo y la dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

## 2. Discusión

El apoyo social consiste en abordar necesidades tangibles, como la asistencia con el transporte, el hogar y el cuidado personal, así como el apoyo emocional, como ser escuchado, comprendido y consolado. Por lo tanto, el apoyo social, ha sido reconocido como un importante determinante social de la salud porque ayuda a las personas a alcanzar sus necesidades físicas y emocionales, y reduce los efectos de los eventos estresantes en su calidad de vida. Recientemente, muchos estudios han demostrado una relación entre el apoyo social y la salud (mortalidad, las enfermedades crónicas, la cognición, los síntomas depresivos y el bienestar). De esta manera, las intervenciones dirigidas al apoyo social pueden ser una prioridad para mejorar el bienestar de las personas mayores y maximizar su salud y capacidad funcional.(Dai *et al.*, 2016).

Los resultados del estudio revelaron que, el 38,7% de los adultos mayores de las iglesias adventistas del Inti presentaron un apoyo social bajo, mientras que, un 30,7% de medio a alto. Resultados similares, encontraron Llange (2017) y Villalobos (2014) en investigaciones hechas en Perú. Según Figueroa (2018), estos resultados indican que los adultos mayores, en su mayoría, no reciben expresiones de afecto, cariño y seguridad de su red de apoyo.

En torno a la dependencia funcional, los resultados evidenciaron que el 46,7% de los adultos mayores lo calificaron como moderado, mientras que el 44% fue independiente. De igual manera, Jirón y Palomares (2018) en Lima, reportaron que el 41,1% de los adultos mayores manifestaron dependencia de moderada a severa.

Según Doubova, Espinosa y Flores (2010), los principales factores de riesgo para la dependencia funcional son la edad avanzada, el sexo femenino, la baja

alfabetización, la carga de la enfermedad, la depresión, la visión y el deterioro cognitivo, la limitación funcional de las extremidades inferiores, la mala salud autopercibida, el bajo nivel físico actividad, tabaquismo y baja frecuencia de contactos sociales. Si bien es cierto, la dependencia se evalúa y clasifica de diferentes maneras, en términos generales, cuanto mayor es la dependencia, mayores son las consecuencias negativas para el adulto mayor, su familia y la sociedad.

Cabe resaltar, que la mayor parte del cuidado de los adultos mayores funcionalmente dependientes depende de sus familiares y amigos, y pueden o no recibir un apoyo institucional, que proviene de los beneficios de la seguridad social o los programas sociales. Tal apoyo no es universal y no necesariamente cumple con sus necesidades sociales y de salud (Bernardes, Matos y Goubert, 2017).

En cuanto a la relación entre las variables apoyo social y dependencia funcional, se encontró que existe una relación significativa con un p valor =0.000, donde se observó que el apoyo social es bajo en los adultos mayores con dependencia moderada, lo cual se contrapone con los datos sociodemográficos obtenidos, donde en su mayoría los adultos mayores son adventistas, casados , viven con sus esposo/a y/o hijos; por lo cual, se espera que en relación a sus creencias y valores sobre una imagen idealizada de la vejez y de la familia el apoyo social sea bueno . De igual manera, Arroyo y Ribeiro (2011) confirman que en los adultos mayores con dependencia física y necesidades de cuidado, la familia es la principal fuente de apoyo. Sin embargo, los cambios sociales, económicos y políticos a los que se han enfrentado las familias en las últimas décadas, han puesto en riesgo la capacidad de ésta para otorgar apoyo suficiente a sus familiares mayores.

Al análisis de las dimensiones del apoyo social, se encontró relación entre el apoyo emocional ( $p=0,000$ ), instrumental ( $p=0,003$ ), interacción social positiva ( $p$  valor= $0,007$ ) y la dependencia funcional. Esto evidencia que una persona dependiente funcional recibe o necesita un tipo de apoyo social, ya sea emocional, afectiva, instrumental o de interacción. Lo que permite dar inclusión a este grupo etario para mantener en desarrollo las capacidades físicas y mentales de este. Así también, Ravello (2018) halló resultados similares y Pereira y Lost (2012) diferentes.

Para Muramatsu, Yin y Hedeker (2010), la disminución de la función física y cognitiva representa una gran amenaza para la vida independiente de los adultos mayores y sus cónyuges. En particular, los declives funcionales rápidos pueden invocar incertidumbres y, posiblemente, desesperanza sobre la vida independiente, con poco tiempo para adaptarse a la situación. Tener a alguien en quien confiar cuando lo necesite es probable que reduzca los efectos del estrés asociados con la disminución de la función.

## **Capítulo V**

### **Conclusiones y recomendaciones**

#### **1. Conclusiones**

En relación con los objetivos, se obtuvo las siguientes conclusiones:

El nivel de apoyo social fue bajo en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

El grado de dependencia funcional fue moderada en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

Existe relación significativa, entre apoyo social y dependencia funcional, en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

Existe relación significativa, entre la dimensión apoyo emocional y dependencia funcional, en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

Existe relación significativa, entre la dimensión apoyo instrumental y dependencia funcional, en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

Existe relación significativa, entre la dimensión interacción social positiva y dependencia funcional, en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.

Existe relación significativa, entre la dimensión apoyo efectivo y dependencia funcional, en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día.



## **2. Recomendaciones**

Frente al desarrollo de la investigación, se sugieren algunas recomendaciones que pueden ser consideradas:

A los futuros investigadores estudiantes de enfermería, continuar realizando estudios que brinden más aportes al conocimiento del adulto mayor; con énfasis en los factores que repercuten en la percepción del apoyo social y dependencia funcional.

Al Pastor distrital y los responsables que dirigen los grupos pequeños de adultos mayores de las seis iglesias del Distrito del Inti, donde se debe realizar actividades donde el adulto mayor desarrolle sus capacidades físicas y mentales.

A los feligreses con algún integrante adulto mayor, en sus hogares, concientizar y sensibilizar sobre la importancia del apoyo social que se le debe brindar, haciendo hincapié en los beneficios que genera un buen soporte familiar y social para las personas de la tercera edad. Para así cambiar el paradigma cultural donde la vejez se ha relacionado con el nivel de dependencia y la falta de productividad.

Al profesional de enfermería, para fortalecer los conocimientos y cuidados de geriatría y gerontología trabajando en actividades de promoción y prevención de la salud del adulto mayor, mejorando el estilo de vida, donde la vejez no limite su capacidad funcional, sino al contrario sea más participativo y activo. Educar al adulto mayor para que pueda autocuidarse sin la necesidad de depender de otro.

## Referencias bibliograficas

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>
- Arroyo, M.; Ribeiro, M. (2011). apoyo familiar en adultos mayores con dependencias. *Ciencia UANAL*, 14(3), 297–305.
- Asamblea Médica Mundial (AMM). (2014). DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS. *El Diario Del Colegio Americano de Dentistas*, 81(3), 14.
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de Investigación En Psicología*, 19(1), 177. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v19i1.12452>
- Bernardes, S., Matos, M., & Goubert, L. (2017). Older adults' preferences for formal social support of autonomy and dependence in pain: development and validation of a scale. *European Journal of Ageing*, 14(3), 257–268. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0411-x>
- Cerquera, Uribe, & et. al. (2017). Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 13(2), 215–227. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.06>
- Dai, Y., Zhang, C., Zhang, B., Li, Z., Jiang, C., & Huang, H. (2016). Social support and the self-rated health of older people A comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian province. *Medicine (United States)*, 95(24).

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000003881>

Díaz, M. (2015). *Habilidad de cuidado y carga del cuidador primario informal familiar de los pacientes con enfermedad crónica del “Programa Familiar Acompañante” del hospital Nivel II Vitarte – EsSalud, 2015.*

Doubova, S., Espinosa, P., & Flores, S. (2010). Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health, 10*, 104. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-104>

Figuroa, G. (2018). *Apoyo social en los adultos mayores institucionalizados del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro del Distrito del Rimac, Periodo 2018.* Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Flores, Decenas, Avalos, Colunga, Vega, & Meza. (2016). Apoyo Social Percibido Y Envejecimiento Activo En Hombres Y Mujeres De Una Comunidad Rural. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 19(4)*, 1316–1332.

G. de White, E. (1959). *El Ministerio de Curación.* Copyright 2012. Ellen G. White Estate, Inc. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Gallardo, L. (2013). *Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota-Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social.* Universidad Complutense de Madrid.

García, M. Campos, J. De Dios, J. Escobar, M. Fernández, A. Gómez, C. Mainar, R. Merino, M. Molinero, S. Moya, A. Ramos, J. Ramos, P. Sanz, E. Valle, M. (2011). *Guía Práctica de la Ley de Dependencia. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.* (S. A. International Marketing & Communication, Ed.) (2011th ed.). Española - Madrid:

Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia.

Hernandez, Fernandez, & Baptista et. al. (2014). *Metodología de la Investigación*. (C.

Hernandez, R; Fernandez, C; Baptista, M; Mendez, S; Mendoza, Ed.), *McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, SA. DE C.V.MEXICO . D.F.* (McGRAW-HILL, Vol. 6ta Edició). Mexico: 2014.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Adultos mayores de 70 y más años de edad, que viven solos sobre la base de los resultados de los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. In 1 (pp. 1–36). Perú: 2018.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019, December 27). INDICADORES DEL ADULTO MAYOR, pp. 1–56.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Situación de la Población Adulta Mayor*. Perú.

Instituto Nacional de estadísticas e informática. (2019). *Informe Técnico. Situación de la Población Adulta Mayor*. Perú.

Jimenez, Eugenia, Ávalos, & Campos. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Atención Familiar*, 23(4), 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.af.2016.08.002>

Jirón, & Palomares. (2018). "Estilos de vida y grado de dependencia en el adulto mayor en el centro de atención residencial geronto geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro, Rimac - 2018. Universidad Norbert.

Kamitsuru, S., & Herdman, H. (2018). *DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA - I*. (T. P. Machado, Ed.) (11a.). New Yor - USA: 2018.

- Knight, G. (2002). *Filosofía y Educación. Una introducción a la perspectiva cristiana*. (Copyrigh). ASOCIACION PUBLICADORA INTERAMERICANA 2905 NW 87 th Avenue. Miami, Florida 33172. Estados Unidos de Norteamerica.
- Lema. (2018). *Dependencia funcional y depresión en adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital III Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú 2018*. Universidad Catolica de Santa María.
- Llange, J. (2017). "Apoyo social y el grado de depresion en pacientes adultos de las salas de hospitalizacion del Hospital Vitarte durante el periodo junio - noviembre del 2016". Universidad Ricardo Palma.
- Marín, D. (2016). *Bienestar psicológico y apoyo social percibido del cuidador familiar de adultos mayores*. Universidad de Concepcion - Chile.
- Meza. (2016). *Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, segun edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo - 2016. Repositorio de Tesis - UNMSM*. Universidad Myor de San Marcos.
- Ministerio de Salud. (2014). Adultos mayores activos y saludables. Retrieved April 29, 2018, from [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adulto/\\_cont.asp?pg=1](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adulto/_cont.asp?pg=1)
- Ministerio de Salud, & Dirección General de Epidemiología. (2013). *Análisis de situación de salud del Perú. Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-13347* (ASKHA E.I.). Perú: 2013. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000500003>
- Muramatsu, N., Yin, H., & Hedeker, D. (2010). Functional declines, social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference? *Social Science and Medicine*,

70(7), 1050–1058. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.005>

Naranjo, Concepción, & Rodríguez. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89–100.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Envejecimiento y ciclo de vida. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (2015). La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050.

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2015). La cantidad de personas mayores. Retrieved April 29, 2018, from [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. Retrieved April 29, 2018, from [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es)

Pereira, & Lost. (2012). The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations<sup>^</sup>. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 20(4), 677–684.

Peruano. (2011). Ley de protección de datos personales. *Congreso de La Republica*, p. 14.

- Ravello, I. (2018). *Apoyo social y satisfaccion con la vida en adultos mayores del distrito de San Juan de Miraflores*. Universidad Autonoma del Peru.
- Rojas, J. (2017). *Cuidados e intervenciones de enfermeria enfocados en las necesidades de salud del adultos mayor, bajo la Teoria de Kristen M. Swanson*. Universidad Autonoma del Estado de Mexico.
- Servicio Nacional de Adulto Mayor. (2009). *Estudio nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Chile.
- Toapanta. (2015). *Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental utilizando la escala de barthel en usuarios de las residencias asistidas del instituto de neurociencias año 2015*. Universidad de Guayaquil.
- Trigás, Ferreira, & Meijide. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clinica/Sociedad Galega de Medicina Interna*, 11(1), 11–16.
- Unsar, Dindar, & Kurt. (2015). Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(6), 642–646.
- Vargas, & Vargas. (2017). *Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a los CIAM de Lima metropolitana*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Velazco, & Carrera. (2017). *Dependencia fisca y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016*. Universidad Peruana Union.
- Villalobos. (2014). *Apoyo social en los adultos mayores de un centro de salud de Jose Leonardo Ortiz-Chiclayo, 2014*. Universaidad Católica Santo Toribio de

Mongrovejo.

Zapata, B., Delgado, N., & Cardona, D. (2016). Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 848–860. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>



## Anexos

### Anexo 1 Instrumento de recolección de datos

#### Cuestionario MOS de Apoyo Social Sherbourne y Stewart (1991)

Sexo: ..... Edad: .....

Estado Civil: ..... Las siguientes preguntas refieren al apoyo que Usted recibe en su institución.

Esto es para conocer la compañía y/o asistencia de sus compañeros como la intervención que realizan los profesionales para su bienestar y calidad de vida. NOTA: Marque con un aspa o un círculo uno de los números de cada fila.

	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
1. Hay alguien que le ayuda cuando tiene que estar en la casa					
2. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar					
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
5. Alguien que le muestre amor y afecto.					
6. Alguien con quien pasar un buen rato.					
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
9. Alguien que le abrace.					
10. Alguien con quien pueda relajarse.					
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
12. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
16. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
17. Alguien con quien divertirse.					
18. Alguien que comprenda sus problemas.					
19. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

## Dimensiones

Apoyo afectivo (5, 9, 19)

Apoyo emocional (2, 3, 7, 8, 12, 15, 16, 18)

Apoyo instrumental (1, 4, 11, 14)

Apoyo interactivo (6, 10, 13, 17)

## Índice de Lawton y Brody

<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO</b>	Practica	No practica
Utiliza el teléfono a iniciativa propia. Busca y marca los números, etc.		
Marca unos cuantos números conocidos		
Contesta el teléfono, pero no marca		
No usa el teléfono en absoluto		
<b>IR DE COMPRAS</b>		
Realiza todas las compras necesarias con independencia		
Compra con independencia pequeñas cosas		
Necesita compañía para realizar cualquier compra		
Completamente incapaz de ir de compras		
<b>PREPARACION DE LA COMIDA</b>		
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia		
Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes		
Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara, pero ni mantiene dieta adecuada		
Necesita que se le prepare y sirva la comida		
<b>CUIDAR LA CASA</b>		
Cuida la casa solo o con ayuda ocasional		
Realiza tareas domésticas ligeras		
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable		
Necesita ayuda con todas las tareas de la casa		
No participa en ninguna		
<b>LAVADO DE ROPA</b>		
Realiza completamente el lavado de ropa		
Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.		
Necesita que otro se ocupe de todo el lavado		
<b>MEDIO TRANSPORTE</b>		
Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche		

Capaz de organizar su transporte utilizando taxi, pero no usa otros transportes público.		
Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona		
Solo viaja en taxi o automóvil con ayuda		
No viaja en absoluto		
<b>RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</b>		
Es responsable en el uso de la medicación (dosis correctas, horas correctas)		
Toma la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas		
No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación		
<b>CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</b>		
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, pagas recibos, va al banco), recoge y conoce sus ingresos		
Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos.		
Incapaz de manejar dinero		

**Graduación de puntaje:**

Independencia total (total 8 puntos)

Dependencia moderada (4-7 puntos)

Dependencia severa (1-3 puntos)

Máxima dependencia (0 puntos)

## Anexo 2. Autorización institucional



Iglesia Adventista del Séptimo Día

"El Inti"

El Inti, 11 de enero del 2020

Señoritas:

**Yuzzelli Lourdes Castilla Anglas**

**Síllica Lucero Pardavé Machoa**

Bachilleres en enfermería

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Presente.-

Es una alegría saludarle y desearle bendiciones de nuestro Dios.

Por medio de la presente le comunicamos la aceptación del Oficio **N° 219-2019/UPeU-FCS-EP/E**, por el cual solicitaban la autorización correspondiente para realizar el cuestionario, de su Tesis denominada **"Apoyo social y dependencia funcional en los adultos mayores de la Iglesia Adventista del séptimo día, "El Inti, 2019"**.

La Junta de Iglesia en la sesión llevada a cabo el día 04 de enero del 2020, acordó aprobar con N° **2020-004** la realización del cuestionario respectivo. Asimismo se solicita a las estudiantes que los resultados de su investigación, sean entregados a la Iglesia para conocimiento de los feligreses.

Como hijos de Dios y hermanos en Cristo, contamos con vuestra valioso apoyo en para este evento tan trascendental para nuestra iglesia.

Se expide la presente carta, a solicitud de las interesadas para los trámites que consideren pertinentes.



**Américo Hidalgo Raymundo**  
**Primer Anciano**

### Anexo 3. Consentimiento informado

#### Consentimiento Informado

La meta de este estudio es determinar la relación entre Apoyo Social y Dependencia Funcional en los adultos mayores.

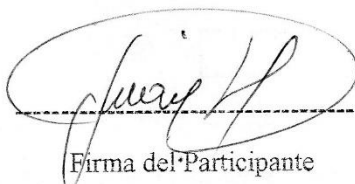
Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta.

Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

  
Firma del Participante

16-01-2020  
Fecha

#### Anexo 4. Tablas de resultados descriptivos por cada ítem

Descripción de la variable apoyo social por ítem en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica

ITEMS	NUNCA		POCAS VECES		ALGUNAS VECES		LA MAYORIA DE LAS VECES		SIEMPRE	
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
1	36	24	37	24,7	37	24,7	30	20,0	10	6,7
2	9	6,0	46	30,7	36	24,0	39	26,0	20	13,3
3	11	7,3	43	28,7	47	31,3	29	19,3	20	13,3
4	22	14,7	37	24,7	38	25,3	36	24,0	17	11,3
5	11	7,3	25	16,7	33	22,0	30	20,0	30	30
6	10	6,7	26	17,3	51	34,0	38	25,3	25	16,7
7	13	8,7	49	32,7	35	23,3	32	21,3	21	14,0
8	14	9,3	44	29,3	35	23,3	33	22,0	24	16,0
9	11	7,3	28	18,7	28	18,7	40	26,7	43	28,7
10	8	5,3	31	20,7	44	29,3	43	28,7	24	16,0
11	32	21,3	27	18,0	28	18,7	41	27,3	22	14,7
12	18	12,0	44	29,3	40	26,7	36	24,0	12	8,0
13	19	12,7	39	26,0	40	26,7	30	20,0	22	14,7
14	25	16,7	27	18,0	31	20,7	44	29,3	23	15,3
15	17	11,3	42	28,0	34	22,7	40	26,7	17	11,3
16	16	10,7	46	30,7	33	22,0	40	26,7	15	10,0
17	8	5,3	23	15,3	56	37,3	40	26,7	23	15,3
18	11	7,3	44	29,3	38	25,3	35	23,3	22	14,7
19	16	10,7	25	16,7	28	18,7	35	23,3	46	30,7

Descripción de la variable dependencia funcional por ítem en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica

	DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE	
	n	%	n	%
P1	21	14,0	129	86,0
P2	35	23,3	115	76,7
P3	32	21,3	118	78,7
P4				
P5	32	21,3	118	78,7
P6	28	18,7	122	81,3
P7	38	25,3	112	74,7
P8	13	8,7	137	91,3

## Anexo 5. Resultados descriptivos

**Tabla 3**

*Dimensiones de apoyo social en los adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo día, Lurigancho Chosica, 2019*

Dimensiones	Niveles	N	%
Apoyo emocional	Bajo:08-20	65	43,3
	Medio: 21-31	44	29,9
	Alto: 32-40	41	27,3
Apoyo instrumental	Bajo:04-11	70	46,7
	Medio:12-16	62	41,3
	Alto:17-20	18	12,0
Interacción social positiva	Bajo: 04-10	44	29,3
	Medio:11-15	53	35,3
	Alto: 16-20	53	35,3
Apoyo afectivo	Bajo:03-08	44	29,3
	Medio:09-12	49	32,7
	Alto:13-15	57	38,0
Total		150	100

## Anexo 6. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	GI	Sig.
Apoyo social	,264	150	,000
Dependencia	,119	150	,000