



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA

“ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REHOSPITALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR”

AUTOR: Picón Gómez, Karen Olenka

ASESOR: Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe

LAMBAYEQUE – SETIEMBRE 2019

DEDICATORIA

Al Venerable Padre Tomás Morales S.J., a quién no tuve el gusto de conocer en persona, pero a quien he llegado a conocer mediante sus escritos y obras. Gracias por ser instrumento dócil de Dios, gracias por la Cruzada de Santa María, gracias por el gran amor que le tenía a la Virgen, gracias por aceptarme como hija suya.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida, la vocación y la oportunidad de estudiar una profesión y especialidad de servicio a los demás. A su santísima madre, la Virgen María, por acompañarme siempre.

A mi familia espiritual, la Cruzada de Santa María, por confiar en mí y apoyarme en todo siempre.

A mis padres, por brindarme su amor y apoyo incondicional en cada proyecto que he emprendido en la vida.

A todos los maestros, médicos dedicados a la docencia que, sin ningún interés personal, han buscado siempre mi aprendizaje a lo largo de estos tres años de especialidad, con miras a un bien común: el de los pacientes.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
CAPITULO I: ASPECTO INFORMATIVO.....	7
CAPITULO II: ASPECTO INVESTIGATIVO	8
2.1 Planteamiento del problema	8
2.2 Marco Teórico	11
2.3 Marco Metodológico.....	18
CAPITULO III: ASPECTO ADMINISTRATIVO	22
3.1 Cronograma de actividades	22
3.2 Presupuesto	22
3.3 Fuentes de Financiamiento	22
CAPITULO IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
CAPITULO V ANEXOS	26

RESUMEN

El envejecimiento forma parte del ciclo vital de todo ser humano. Es conocido a nivel mundial el aumento de la esperanza de vida con el consecuente incremento en enfermedades crónicas y sus complicaciones. En esta etapa de la vida la persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad y para poder afrontar las complicaciones propias de los cambios fisiológicos, además de las probables patologías, es necesario que cuente con un buen soporte familiar. En el campo de la salud, necesitará un buen apoyo para que pueda acudir a sus consultas, seguimiento de medicamentos, entre otros. El no contar con este soporte, puede significar un riesgo aumentado de recaídas o a un deterioro creciente de su calidad de vida. A nivel hospitalario, es frecuente encontrarse muchas veces con adultos mayores en estado de abandono o re ingresantes. Este trabajo académico tiene por finalidad determinar si existe alguna asociación entre funcionalidad familiar y rehospitalización en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque mediante la aplicación de un test de funcionalidad familiar y el historial de ingresos hospitalarios del paciente.

Palabras clave: Adulto mayor, rehospitalización, funcionalidad familiar, disfunción familiar.

ABSTRACT

Aging is part of the life cycle of every human being. The increase in life expectancy with the consequent increase in chronic diseases and their complications is known worldwide. At this stage of life the person is in a situation of vulnerability and in order to face the complications of physiological changes, in addition to the probable pathologies, it is necessary to have a good family support. In the field of health, you will need good support so that you can go to your consultations, follow-up medications, among others. Not having this support can mean an increased risk of relapse or an increasing deterioration in their quality of life. At the hospital level, it is common to meet many times with older adults in a state of abandonment or re-entry. The purpose of this academic work is to determine if there is any association between family functionality and rehospitalization in elderly patients hospitalized in the Internal Medicine service of the Belén de Lambayeque Provincial Teaching Hospital by applying a family functionality test and the history of hospital admissions of the patient.

Keywords: Elderly, rehospitalization, family functionality, family dysfunction.

CAPITULO I: ASPECTO INFORMATIVO:

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REHOSPITALIZACION DEL ADULTO MAYOR”

1. PERSONAL INVESTIGADOR RESPONSABLE:

- 1.1. AUTOR: KAREN OLENKA PICÓN GÓMEZ
- 1.2. ASESOR DE ESPECIALIDAD: JULIO PATAZCA ULFE
- 1.3. ASESOR METODOLÓGICO: JULIO PATAZCA ULFE

2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

LONGITUDINAL, RETROSPECTIVO, DE TIPO COHORTE

3. RESIDENTADO:

MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA

4. LOCALIDAD E INSTITUCIÓN DE EJECUCIÓN:

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
BELEN DE LAMBAYEQUE - LAMBAYEQUE

5. DURACIÓN ESTIMADA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

09 MESES

6. FECHA DE INICIO:

MAYO DEL 2018

7. FECHA DE TÉRMINO:

30 MARZO DEL 2019

CAPITULO II: ASPECTO INVESTIGATIVO:

2.1. Planteamiento del Problema

2.1.1. Situación Problemática

La familia es la base de toda sociedad. En ella, se presentan diversos eventos en el tiempo que, de acuerdo a las bases de cohesión entre todos los miembros que la conforman, a través de normas y valores que de ella se generan, contribuirán de una forma positiva o negativa en el crecimiento de la misma. Cuando hay una buena y/o adecuada cohesión familiar, los miembros de la familia aprenden a convivir óptimamente y se afianzan los lazos sanguíneos con el pasar de los años, y esto los preparan para afrontar las crisis normativas y paranormativas que suceden dentro de la misma como es el caso del envejecimiento (1).

Una familia con una adecuada funcionalidad entre los miembros aportaría el apoyo físico, psíquico y emocional que un adulto mayor necesitaría en esta etapa de su vida; sin embargo la indiferencia, el abandono, la poca capacidad de resolución frente a los cambios o problemas que puedan surgir, la poca adaptabilidad, la escasez de recursos, y la poca o a veces nula afectividad percibida por el anciano dentro del núcleo familiar podrían favorecer la aparición de síntomas depresivos, poca o nula asistencia oportuna a centros de salud u hospitales para manejo de patologías o mantenimiento de la salud, poca adherencia al tratamiento, entre otros(2).

En la literatura médica se encuentran estudios que relacionan el impacto de las patologías y de las hospitalizaciones sobre la funcionalidad del adulto mayor (3). La rehospitalización de los pacientes geriátricos, constituiría por lo tanto no solo un indicador de gestión hospitalaria (puesto que se asocia a mayor estancia, mortalidad y costo), tampoco es sólo un factor predictor sobre la capacidad funcional, sino que es también un indicador del estado social del paciente (4)

Se conoce algunas causas de rehospitalización del adulto mayor, siendo aproximadamente el 70% de ellas prevenibles como, por ejemplo, la falta de control posterior al alta (5), frente a este resultado surge la pregunta: ¿Qué limita al adulto mayor a acudir a sus controles posterior al alta hospitalaria? Aunque en el Perú y en el mundo, son pocos los estudios al respecto, dentro los factores asociados a rehospitalización del adulto mayor, no existen estudios acerca de cómo la funcionalidad familiar puede ser un factor asociado a rehospitalización de los pacientes adultos mayores, aunque por todo lo anteriormente mencionado, en este punto radica su importancia(6).

2.1.2. Formulación del Problema

¿Existe asociación entre funcionalidad familiar y rehospitalización en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del HPDB?

2.1.3. Hipótesis

La disfuncionalidad familiar está asociada a rehospitalizaciones del adulto mayor del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

2.1.4. Objetivos General y Específicos

A. General:

Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y rehospitalización del adulto mayor en el servicio de medicina interna del HPBL

B. Específicos:

Evaluar el grado de funcionalidad familiar del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna del HPBL

Identificar las áreas de Funcionalidad Familiar afectada predominantemente en este grupo.

Identificar la incidencia de rehospitalización del adulto mayor en el servicio de medicina del HPBL

Estudiar las causas de rehospitalizaciones del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna del HPBL

Demostrar que los adultos mayores que viven en un entorno de disfuncionalidad familiar son más propensos a la rehospitalización.

Demostrar que los adultos mayores que forman parte de una familia funcional tienen menos rehospitalizaciones.

2.1.5. Justificación e Importancia

El motivo por el cual se realiza esta investigación es porque, aunque hay algunos estudios que evalúan los diversos factores asociados a la hospitalización y rehospitalización de los adultos mayores, estos son escasos en la literatura científica nacional e internacional, y más aún, los estudios sobre funcionalidad familiar como un factor asociado, por ende, la presente investigación tiene por objeto brindar más evidencia acerca de este tema.

En nuestro contexto, es importante este tópico ya que, siguiendo con la corriente mundial, la población de adultos mayores aumenta con los años. Conocer cual es el grado de funcionalidad familiar en un grupo poblacional con tendencia creciente, con problemáticas propias de su condición natural, nos permitirá poder tener una concepción más amplia de lo que implica ser un adulto mayor en nuestro país y de esta forma se podría contribuir a la realización de políticas de salud más eficientes mediante programas dirigidos a mantener un adulto mayor funcional en una visión holística.

Es necesario recordar que, en el adulto mayor, es el entorno familiar el principal soporte para el control y seguimiento de las patologías que pueda padecer. Sin este apoyo, nos encontraremos de por sí con un adulto mayor más vulnerable, frágil, y propenso a recaídas, y por lo tanto a un aumento en el número de visitas al consultorio externo o a la hospitalización sin un adecuado control.

2.1.6 Limitaciones y viabilidad

Si bien no se cuenta con una definición estándar de rehospitalización, existen algunos estudios que dan un bosquejo de dicha definición que se emplearán en este estudio.

Al no existir estudios previos en donde se asocie funcionalidad familiar y rehospitalización en el adulto mayor no es posible contrastar los resultados con hallazgos encontrados por otros investigadores.

2.2 Marco Teórico

2.2.1. Antecedentes del estudio

Alonso et al. (7), demostraron que, de un total de 312 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, 111 reingresaron al hospital y 33 de ellos (39,7%) fueron reingresos tempranos, es decir, reingreso hospitalario dentro de los 30 días posteriores al alta (o rehospitalización). Las enfermedades más frecuentes fueron la insuficiencia cardíaca y las enfermedades respiratorias crónicas. Las causas del reingreso fueron por empeoramiento de trastorno crónico 41 (37%), manejo inadecuado ambulatorio 24 (22%), mal diagnóstico previo 8 (7%), efecto tóxico-iatrogenia 7 (6%), nueva enfermedad 29 (36%), otros 2 (2%). Es importante señalar que en dicho estudio se encontró que los pacientes con reingreso temprano presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria.

Quispe et al. (5), en su estudio para determinar la frecuencia y los factores asociados a las rehospitalizaciones en adultos mayores del servicio de medicina de un hospital general de Lima (Perú) encontraron que, de 276 pacientes adultos mayores, el 14% de ellos fueron rehospitalizados. Se encontró que la rehospitalización estuvo asociada a dependencia funcional, el diagnóstico de neumonía al ingreso y a la falta de control ambulatorio; en conclusión, el factor asociado más importante para la rehospitalización de adultos mayores es la falta de una visita de control posterior al alta.

El 2004 en Chile, se realizó un estudio sobre los “Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor”, cuyo objetivo principal fue la de determinar la relación que podía existir entre la variable bienestar subjetivo en el adulto mayor y las variables depresión, salud auto reportada, apoyo social percibido, género y edad, en una muestra de beneficiarios del Sistema de Salud Municipal de Talcahuano. El estudio fue de tipo explicativo, el muestreo seleccionado fue de tipo no probabilística e intencionada conformada por 150 personas y con quienes se utilizaron cuatro escalas de evaluación. Se concluyó en que:

“El bienestar subjetivo está determinado por el grado de apoyo que el individuo siente que tiene por parte de su entorno, por el género y por la ausencia de síntomas depresivos” (8).

Gómez et al. (9), en Cuba – La Habana, en el 2005, realizaron un estudio sobre la influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor, teniendo como objetivo caracterizar las relaciones familiares del adulto mayor, según las variables de edad, ocupación y niveles funcionales. El estudio fue de tipo transversal y descriptivo, cuyo universo estuvo constituido por 130 adultos mayores, y la muestra quedó conformada por 80 de ellos. Una de las conclusiones a las que llega dicho estudio es la asociación entre los niveles óptimos o favorables en las relaciones o funcionamiento familiar y el adulto mayor, además de una relación con el nivel funcional del mismo.

Ruiz D. Lourdes, Marisela Campos L. Marisela, Peña Nelly, en Callao-Perú, en el 2006, realizaron un estudio sobre “Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención”, cuyo objetivo fue determinar la situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Dirección de Salud del Callao. El estudio fue transversal, realizado con 301 adultos mayores, a quienes se evaluó con un cuestionario basado en la

ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor establecida por el Ministerio de Salud del Perú. Las conclusiones entre otras fueron: “La mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentran en riesgo sociofamiliar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de salud de las personas adultas mayores” (10).

2.2.2. Marco Teórico: bases teóricas

El envejecimiento de las personas es un proceso natural, irreversible y continuo, durante el ciclo de vida. Una de las razones por las que el envejecimiento se ha convertido en una cuestión política clave es que tanto la proporción como el número absoluto de personas mayores están aumentando de forma notable en la población mundial. Lo que nos muestran las proyecciones para el cálculo de personas de 60 años a más del 2000 al 2050 a nivel mundial no hacen más que reforzar tal afirmación, duplicándose la población adulta mayor de un 11% a un 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. En la actualidad, solo un país tiene una proporción superior al 30 %: Japón. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán una proporción similar. Se trata de países de Europa y América del Norte, pero también de Chile, Brasil, China, Rusia, entre otros (11).

El avance de los Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda, presentado por el INEI en junio de este año, refleja un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa. Así mismo, se observa mayor proporción de población adulta mayor, lo que indica el proceso de envejecimiento. En el último periodo intercensal, la proporción de la población adulta mayor pasa de 9,1% en el 2007 a 11,9% en 2017, de una población total de 31 237 385; para el departamento de Lambayeque, la proporción de población adulta pasa de 9,4% en el 2007 a 12,5% en el 2017 de una población censada 1 197 260, con un índice de envejecimiento de 46.1%, es decir, que hay 46 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en la región (12).

La situación de las personas adultas mayores y la necesidad de asumir la realidad de una población que envejece ha sido motivo de atención en diversos foros internacionales como el que se dio en Madrid el 2002, la llamada “II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” de la cual surge el “Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento” y que tuvo como objetivo abordar los asuntos inherentes al envejecimiento dentro de un plan gubernamental con participación de la sociedad civil (11). Esta iniciativa tuvo eco en muchos países a nivel mundial.

En nuestro país, el tema ha impulsado la realización de estudios e implementación de políticas para asegurar el bienestar de esta población. Según la norma técnica para la atención integral de las personas adultas mayores el personal de salud debe mejorar la atención integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores en los establecimientos de salud públicos y privados contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable. En este contexto, el Ministerio de Salud plantea un Modelo de Atención Integral de Salud de las personas adultas mayores en el marco de los Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores, considerando el proceso de modernización del sector y descentralización que se lleva a cabo en el país (13). Igualmente, es indiscutible que toda persona adulta mayor tiene derecho a una mejor calidad de vida, al acceso y buenos servicios de salud. Una mayor calidad de atención de la salud compromete brindar cuidados en base a lo que realmente el adulto mayor necesita, y esto mejora la equidad y la inclusión social.

Los cambios fisiológicos y las amenazas patológicas relacionados con la vejez hacen del adulto mayor un ser vulnerable y en cierta forma frágil, que necesita atención diferenciada. La problemática de los adultos mayores podría considerarse como el resultado de su deterioro fisiológico y, por otra parte, del papel que desempeñan en la sociedad, como el verse llevados al retiro obligatorio, percepción de una disminución del trabajo intelectual productivo en comparación con los jóvenes, el acompañamiento familiar en este proceso, entre

otros aspectos. Muchas veces se ven en la situación de cuidar por sí mismos, de sus necesidades personales, y hasta ser cabezas de familia. Es por este motivo que se pone énfasis en la construcción de programas de salud integrales dirigidas a este grupo etario, que permita dentro de los complejos cambios que experimentará por su misma condición, mantenerlos funcionalmente el mayor tiempo posible, asegurando así una adecuada calidad de vida.

Mantener la funcionalidad del adulto mayor es un indicador de calidad de vida(14) . Sin embargo, vemos que la frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor es elevada. En un análisis realizado para determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos, basándose en la información del estudio “Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional”, se encontró que, a mayor edad, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión, se asociaba a mayor deterioro funcional (15).

Las causas más comunes que provocan la pérdida de años de vida saludable debido a la discapacidad en las personas mayores de 60 años provienen de las deficiencias sensoriales (especialmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos), el dolor de espalda y cuello, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos bajos), los trastornos depresivos, las caídas, la diabetes, la demencia (en particular en los países de ingresos altos) y la artrosis. Los patrones de mortalidad también dan una idea de las enfermedades que son importantes en la edad avanzada. La mayor carga de mortalidad en las personas mayores en todo el mundo proviene de la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16).

Se sobreentiende que, de acuerdo a los sistemas de salud y a la cobertura de salud que maneja cada país, las causas de ingreso hospitalario del anciano

tendrían relación con las principales causas de morbilidad-mortalidad del adulto mayor.

El apoyo de la familia, ya mencionado, es un factor importante para mantener la funcionalidad del adulto mayor, visto desde muchos aspectos. El mismo anciano reconoce la necesidad de un soporte familiar, de sentirse querido y acompañado como una necesidad prioritaria (16). Además, existen diversos estudios de la importancia del apoyo y la participación de la familia para el seguimiento del adulto mayor por la consulta externa o a programas específicos en salud(17) , así como para la adherencia del mismo al tratamiento farmacológico (18,19).

El reingreso hospitalario ha sido considerado como un marcador de calidad asistencial desde al menos 1965 (20) y, aunque es muy debatible en estos días, sigue siendo considerado como un marcador de calidad hospitalaria(21) , aunque se ha señalado que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios sino más bien como un marcador indirecto (22). En España, la tasa de reingreso hospitalario es muy variable, en cuanto a la patología causante, la consideración de reingreso temprano, la terminología empleada (readmisión frente a reingreso) y datos contradictorios sobre su utilidad como índice de calidad asistencial (23, 24). A pesar de todos estos obstáculos, el conocimiento del reingreso en un área determinada de trabajo, puede servir como indicador de calidad local. Así mismo, las readmisiones en la hospitalización, guardan una relación directa en cuanto a las causas de hospitalización previa (25).

En la literatura, no hay un consenso específico sobre la definición de “rehospitalización”. Algunos autores utilizan el término “Readmisión temprana” u “hospitalización temprana” a lo que otros llaman “rehospitalización”, entendiéndose como a aquel paciente a quien, una vez dado de alta, vuelve a ingresar a la hospitalización por la misma patología que originó su estancia

anterior, empeoramiento de alguna comorbilidad o nueva causa agregada, dentro de los 30 primeros días del alta (26).

El progresivo envejecimiento de la población peruana viene dando lugar a una serie de modificaciones sociales, económicas y culturales, que terminan afectando las condiciones y calidad de vida de las personas adultas mayores, constituyendo un grupo social expuesto a situaciones de desigualdad, dependencia y vulnerabilidad. Su bienestar no sólo depende de su acceso a la salud, sino de cómo llega a esta etapa de la vida (en cuanto a comorbilidades, grado de funcionalidad, etc) y además del soporte familiar, de quienes necesitará y dependerá en muchos casos hasta el final de sus días (27).

2.2.3. Definición de Variables

Variables independientes

1. Funcionalidad familiar: Evaluado a través del Test de Apgar, con preguntas simples que tienen un puntaje asignado y que de acuerdo a la respuesta del entrevistado, se concluye en familia funcional, disfunción familiar leve, disfunción familiar moderada y disfunción familiar severa.
2. Estado civil
3. Edad: Adultos mayores (igual y mayor a 60 años)
4. Sexo

Variable dependiente

1. Rehospitalización: Paciente que luego de una estancia hospitalaria vuelve a ser hospitalizado dentro de los 30 primeros días, con el mismo diagnóstico con que fue dado de alta, exacerbación de alguna comorbilidad, o causa nueva.

Operacionalización de Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Funcionalidad Familiar		Familia Funcional	7 – 10 Puntos	Cualitativa
		Disfunción Familiar Moderada	4 – 6 Puntos	Ordinal
		Disfunción Familiar Severa	0 – 3	
Estado Civil		Soltera(o) Casada(o) Conviviente Separada(o) Divorciada(o) Viuda(o)		Cualitativa Nominal
Edad				Cuantitativa
Sexo		Hombre Mujer		Cualitativo
Rehospitalización	Reurrencia o exacerbación de las enfermedades previas			Nominal
	Condiciones comórbidas			Nominal
	Nuevos problemas de salud			Nominal

2.3 Marco Metodológico

2.3.1. Diseño de Investigación, tipo de estudio:

Estudio longitudinal, retrospectivo, de tipo cohorte

2.3.2. Población y Muestra, criterios de inclusión y exclusión.

La población está formada por todas las personas hospitalizadas en el servicio de medicina del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante los meses de enero del 2019 y mayo del 2019, el tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia, y que cumplen los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante los meses de enero del 2019 a mayo del 2019, igual y mayor de 60 años.
- Familiar o cuidador directo del paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del HPDN que por motivos de enfermedad o deterioro no pueda realizar test.
- Pacientes, familiar o cuidador que aceptaron voluntariamente y con absoluta libertad en participar en el estudio y firmaron o colaron sus huellas en el documento de consentimiento informado para participar del estudio.

Criterios de exclusión

- Persona hospitalizada en el servicio de medicina del HPDBL que no esté catalogado como Adulto Mayor según definición de la OMS.
- Adulto mayor, familiar o cuidador con algún tipo de discapacidad mental o entendimiento para el Test de APGAR Familiar.
- Pacientes, familiar o cuidador que no sepan leer.

2.3.3. Instrumento de recolección de datos: validez y confiabilidad.

La recolección de la información se realizará a través de la aplicación del Test de Apgar Familiar de Smilkstein. La última modificación del APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).

Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

Este instrumento consiste en un cuestionario autoadministrado que consta de 5 preguntas cerradas y que ha sido diseñado para obtener una evaluación general, rápida y sencilla de la integridad de la función familiar. Mide el grado de satisfacción con que la percibe el encuestado en 5 áreas diferentes, como son: la adaptabilidad, la cooperación, el desarrollo, la afectividad, y la capacidad resolutoria de la familia. Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

El análisis de la información se realizará mediante dos modelos estadísticos generales.

En específico se empleará la prueba chi-cuadrado de independencia para establecer la relación entre variables cualitativas y phi o v de Cramer, según condiciones de aplicación, para cuantificar la fuerza de la relación encontrada.

2.3.4. Procedimientos para la Recolección de Datos

Para el recojo de datos, previo consentimiento, se realizó una entrevista al paciente adulto mayor hospitalizado o, en su defecto, al familiar o cuidador y a otros 2 familiares. Se aplicará el Test de APGAR sólo a los adultos mayores que se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales, y en su defecto, se realizará al familiar directo o cuidador. Los datos generales del paciente como la edad, sexo, estado civil, diagnóstico al alta, y número telefónico de contacto, se recolectarán en fichas. El seguimiento se realizará a través de una llamada vía telefónica, la cual será al día 30 del alta, para contactar al paciente o familiar y de ser necesario al hospital y médicos tratantes durante los 30 días siguientes al alta médica. En ese momento se registrarán datos acerca de la mortalidad y nueva admisión hospitalaria de ser el caso.

2.3.5 Aspectos éticos del estudio

En ningún momento desde la presentación ante el adulto mayor, familiar y/o cuidador, y el término de llenado de datos se le faltó el respeto ni tampoco se violó el derecho de confidencialidad; además de ello, así como toda investigación que trabaja directamente con seres humanos, este trabajo no quedó exento del consentimiento informado (ver Anexo 1), el cual será firmado de manera voluntaria sin ninguna coacción de por medio, tomando en cuenta los artículos 42° y 46° del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (CMP) y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, actualizada en la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

2.3.6. Análisis Estadístico

Para el procesamiento de la información se utilizará una base de datos construida mediante el software estadístico SPSS en su versión 15.0. Los módulos de análisis estadístico bivalente y multivalente se realizarán resguardando las condiciones de aplicación exigidas para cada prueba.

III. ASPECTO ADMINISTRATIVO

3.1. Cronograma de Actividades

TIEMPO ACTIVIDADES	AÑO 2018-2019														
	MESES														
	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M		
- Fase de Planeamiento															
I. Revisión bibliográfica	○	○	○												
II. Elaboración del Proyecto	○	○	○												
III. Presentación del Proyecto y obtención de permisos/autorizaciones.								○							
- Fase de Ejecución															
IV. Registro de Datos								○	○	○	○	○	○		
V. Análisis Estadístico													○		
VI. Interpretación de Datos													○		
- Fase de Comunicación															
VII. Elaboración del Informe													○		
VIII. Presentación de informe.													○		

3.2. Presupuesto

N°	CLASIFICACION DE GASTO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO S./	TOTAL S./
I	BIENES					
I.1		Lapiceros	UN	06	0.5	3
I.2		corrector	UN	01	2.5	2.5
I.3		Folder manila	UN	10	1.5	15
II	SERVICIOS					
II.1		Fotocopia de		300 juegos	0.035 por hoja	21
II.2		Impresión de avances	10 hojas cada juego	05 juegos	0.20 por hoja	10
	TOTAL					50.5

3.3. Fuentes de Financiamiento

El investigador asume el presupuesto de la investigación.

CAPITULO IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ximena Garcia Bianchi JE. Familia y ciclo vital familiar. En: Preguntas frecuentes que se hacen las mujeres a lo largo de su vida. 2013.a ed. Argentina: La Prensa; p. 19-23.
2. Familia: Introducción al estudio de sus elementos [Internet]. booksmedicos. 2018 [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/familia-introduccion-al-estudio-de-sus-elementos/>
3. Van Walraven C, Jennings A, Taljaard M, Dhalla I, English S, Mulpuru S, et al. Incidence of potentially avoidable urgent readmissions and their relation to all-cause urgent readmissions. CMAJ Can Med Assoc J. 4 de octubre de 2011;183(14):e1067-72.
4. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review [Internet]. 2018 [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080556/>
5. Quispe T, Ticse R, Gálvez M, Varela L. Rehospitización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2013;30(4):635-40.
6. Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. Rev Clínica Esp. 1 de enero de 2002;202(4):187-96.
7. Alonso Martínez JL, Llorente Díez B, Echegaray Agara M, Urbieta Echezarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna. mayo de 2001;18(5):28-34.
8. Mella R, González L, D'Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A. Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. Psykhe Santiago. mayo de 2004;13(1):79-89.
9. Gómez Juanola M, López Zamora A, Moya Rodríguez M, Hernández Jiménez OR. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integral. abril de 2005;21(1-2):0-0.
10. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2008;25(4):374-9.

11. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. [citado 18 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
12. Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2017. INEI. Censos Nacionales: XII de población y VII de vivienda. [Internet]. [citado 18 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf
13. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la etapa de vida Adulta Mayor. MINSA 2005.
14. Varela Pinedo L, Chavez Jimeno H, Galvez Cano M, Mendez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Medica Hered. 2 de enero de 2013;16(3):165.
15. Oscar Chigne Verástegui LVP. Valoración Geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional [Internet]. Diagnóstico. 2014 [citado 18 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>
16. Ayala Híjar, Leydi. Necesidades prioritarias de los adultos mayores según.
17. Aguilar MV. Apoyo familiar en adultos mayores que asisten al.
18. Bados CF, Carmona RL, Coppola U. ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITU.
19. Garcia TM. Adherencia en el adulto mayor en consulta externa de geriatría del Hospital Regional de Ica: 2004[Tesis]Ica-P.
20. Milne R, Clarke A. Can readmission rates be used as an outcome indicator? BMJ. 17 de noviembre de 1990;301(6761):1139-40.
21. Thomas JW, Holloway JJ. Investigating early readmission as an indicator for quality of care studies. Med Care. abril de 1991;29(4):377-94.
22. Frankl SE, Breeling JL, Goldman L. Preventability of emergent hospital readmission. Am J Med. junio de 1991;90(6):667-74.
23. Canosa A, Prat A, Lledó R, Asenjo MA. El reingreso hospitalario como gestión de calidad. Med Clin (Barc) 1997; 108: 317.
24. Sicras Mainar A, Navarro Artieda M. Valoración del reingreso hospitalario en el servicio de medicina interna. Med Clin (

25. Fernández García J, Martínez González MA, García Rodríguez J, Bueno Cabanillas A, Lardelli Claret P, García Martín MA. F.
26. Quispe T, Ticse R, Gálvez M, Varela L. Rehospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2013;30(4):635-40.
27. INEI, Situación de la población adulta mayor. Informe Técnico N°2 – Junio 2016. [Internet] 2016 [Citado 10 Abr.2016]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-febmar2016.pdf

CAPITULO V: ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado

Asociación entre funcionalidad familiar y rehospitalización del adulto mayor. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Agosto 2018 a enero 2019.

Usted ha sido seleccionado(a) para participar en una investigación titulada “**Asociación entre funcionalidad familiar y rehospitalización del adulto mayor**”.

Esta investigación será realizada por la Dra. Karen Olenka Picón Gómez, médica residente de la especialidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, de la Facultad de Post Grado de Medicina Humana de la UNPRG. Si acepta participar en este estudio, se le hará un cuestionario y las respuestas serán confidenciales y anónimas. Además, por ser necesario para este estudio, al dejar su número telefónico, acepta que se le llame dentro de 30 días, para indagar sobre rehospitalizaciones del paciente en dicho periodo o su fallecimiento de ser el caso.

Se le informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a este estudio antes de empezar la investigación.

Riesgos y Beneficios: No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El primer beneficio es que la información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional.

Confidencialidad: En ninguna publicación se mencionará su nombre, pues la información que se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que puedan identificarlo serán manejados confidencialmente. Los datos se utilizarán únicamente para efectos de investigación.

Derechos: Si ha leído este documento y ha aceptado participar, entiende que la participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Su firma en este documento significa que usted ha decidido participar, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Lambayeque,..... de..... del 2018.

Participante

Familiar

Cuidador

ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos

Asociación entre funcionalidad familiar y rehospitalización del adulto mayor

Numero de encuesta: _____ Fecha de aplicación: _____

PRESENTACION: En esta oportunidad existe interés en saber si la funcionalidad familiar se asocia a la depresión posparto, razón por la cual se solicita su colaboración para responder este instrumento de recolección de datos. Se espera que sus respuestas sean veraces y de antemano agradezco su colaboración.

I. CUESTIONARIO

Instrucciones: Llene o Marque con **X** cada una de las preguntas mostradas a continuación:

1. ¿Cuál es su edad actual (en años)?: _____

2. Sexo

Mujer _____
Hombre _____

3. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltera(o) _____
Casada(o) _____
Conviviente _____
Separada(o) _____
Divorciada(o) _____
Viuda(o) _____

3. Número telefónico de casa:

4. Número de celular:

ANEXO 3: CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR ADULTO

Nombre profesional:	
Persona entrevistada:	
Fecha:	

Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					