

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVO SOBRE
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN
MUJERES PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO GINECO - OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL
DE APOYO DE HUANTA, AYACUCHO, 2013.**

Tesis para obtener el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

Presentada por:

Bach. SUMEN HURTADO, Ana María

Bach. ROMANÍ ROMÁN, Vania Fiorella

AYACUCHO – PERÚ

2014

DEDICATORIA

A mis padres Luis y María,
Por el inmenso amor que profeso;

Ana María

A mi madre Rosa por su ejemplo,
esfuerzo y amor incondicional,

Vania Fiorella

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, por habernos dado la oportunidad de estudiar en sus aulas y haber logrado nuestra anhelada profesión.

A la plana de docentes de la Facultad de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y sus atinadas enseñanzas impartidas en el difícil camino del saber.

A nuestro asesor, por habernos guiado en la presente investigación.

A las mujeres que voluntariamente accedieron a participar del presente trabajo de investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la conclusión del presente estudio.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE-MENOPÁUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GINECO-OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, AYACUCHO, 2013.

Autoras:

Bach. SUMEN HURTADO, Ana María y Bach. ROMANÍ ROMÁN Vania Fiorella.

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar el efecto de un programa de intervención educativo sobre medidas de prevención de la osteoporosis en mujeres pre menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta- Ayacucho, 2013. **Material y Métodos:** La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, cuasi experimental y de diseño longitudinal. La población estuvo constituida por 35 mujeres pre menopáusicas que acuden al consultorio de Gineco – Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta. **Resultados:** Antes de la aplicación del Programa Educativo sobre prevención de la osteoporosis: 62,8% de mujeres pre menopáusicas tenían un conocimiento regular, 25,8% conocimiento malo y 11,4% bueno; después de la aplicación del programa preventivo sobre osteoporosis, 68,6% de mujeres pre menopáusicas alcanzan conocimiento bueno, el 28,6% regular y 2,9% malo. **Conclusión:** la aplicación del programa educativo es efectiva en el conocimiento de las medidas preventivas de la osteoporosis en mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio de Gineco–Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta, 2013.

PALABRAS CLAVES: Osteoporosis, pre-menopáusicas, prevención, Programa educativo.

EDUCATIONAL PROGRAM ON THE KNOWLEDGE OF THE PREVENTION OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN ATTENDING PREMENOPAUSAL OB OFFICE – OBSTETRICAL SUPPORT HOSPITAL CITY HUANTA, AYACUCHO, 2013

Authors :

SUMEN HURTADO, Ana María and ROMANÍ ROMÁN Vania Fiorella.

SUMMARY:

OBJECTIVE: To determine the effect of an educational program on knowledge of preventive measures for osteoporosis in premenopausal women who come to the clinic OB – Obstetrician Support Hospital Huanta. Ayacucho, 2013. **Material and Methods:** This research was application type, quasi-experimental level and longitudinal design. The population consisted of premenopausal women who come to the clinic Gynecology – Obstetrics Hospital Huanta District Support. **Results:** Before the implementation of the Educational Program on prevention of osteoporosis: 62.8% of premenopausal women had regular knowledge, bad knowledge 25.8% and 11.4% good, after application of the preventive program on osteoporosis, 68.6% of menopausal women reach a good understanding, followed by 28.6% and 2.9% regularity bad. **Conclusion:** the implementation of an educational program is effective in knowledge of preventive measures for osteoporosis in premenopausal women who come to the clinic Gynecology – Obstetrics Hospital District Support Huanta, 2013.

KEYWORDS: Osteoporosis, premenopausal, prevention, Educational program.

SUMARIO

	Pág.
CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
SUMARIO	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	
REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
CAPITULO II	
MATERIALES Y MÉTODOS	49
CAPITULO III	
RESULTADOS	53
CAPITULO IV	
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXO	83

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está orientada a potenciar la prevención de la osteoporosis mediante la aplicación de un programa educativo para la prevención de la osteoporosis en mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo de Huanta, durante el año 2013.

La osteoporosis es una enfermedad silente hasta que se produce una fractura, tanto de manera espontánea, como ante un mínimo golpe. Por eso, se ha incrementado programas educativos en los centros asistenciales para pacientes que tienen esta enfermedad, cabe señalar lo importante de lograr que los usuarios puedan controlar los factores de riesgo que conllevan a la enfermedad.

Esta enfermedad produce la descalcificación de los huesos, lo cual obedece a múltiples factores que tienen formas primarias y secundarias de presentación, entre ellas las osteoporosis derivadas de defectos hormonales, por ingesta de algunos medicamentos, debido a factores

congénitos que alteran la absorción del calcio a través del intestino y por enfermedades carenciales de vitamina D, lo que impide asimilar la vitamina C. En las mujeres la causa principal es el déficit de estrógenos, provocado por la menopausia, y en los hombres el tratamiento con cortisona constituye la más común de las causas.

Investigaciones mundiales, demuestran que de cada cien mujeres que superan la menopausia, setenta desarrollan osteopenia – un grado menor de osteoporosis – durante los dos años subsiguientes. Los síntomas se presentan cuando ya se encuentra en un grado avanzado, las molestias más comunes son el dolor en la espalda o cintura, flexión en la columna o disminución de la estatura, producidos por cambios vertebrales.

Las estadísticas mundiales también muestran que de cada cien mujeres con osteoporosis, veinte se fracturan la cadera en algún momento de su vida. De esas veinte, cuatro mueren el primer año y las demás presentan algún grado de invalidez, desde dificultad para caminar hasta la postración en silla de ruedas ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado a la osteoporosis como la epidemia mundial del siglo 21, la misma que se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 30 a 59 años ⁽²⁾.

En el año 2011 se detectaron 16 mil 353 casos de osteoporosis en hospitales del Ministerio de Salud de todo el país, siendo Lima la ciudad donde estuvo el mayor número de pacientes con este mal, 11 mil 27

casos (67.4%), los cuales fueron registrados principalmente en la zona norte y centro de la ciudad, según información de la Estrategia de Enfermedades No Transmisibles del MINSA⁽³⁾.

Por los altos porcentajes citados anteriormente, se exige un trabajo articulado con los otros sectores y sociedad civil, a fin de informar, educar y tomar las medidas correspondientes para reducir la magnitud de esta enfermedad y promover la salud y la vida en el país.

Hecha las revisiones de la literatura, existen pocas publicaciones sobre programas educativos de prevención de la osteoporosis; la mayoría de los establecimientos de salud realizan esporádicamente campañas de densitometría para diagnosticar la osteoporosis en las mujeres premenopáusicas y menopáusicas, y raras veces realizan campañas educativas.

Frente a esta realidad, se propone la aplicación de un programa educativo para la prevención de la osteoporosis, cuyos resultados son muy alentadores y podría servir para aplicar en toda la región de Ayacucho.

Las referencias señaladas revelan la gran importancia de la prevención de la osteoporosis, creemos que la enfermera es quien tiene el papel principal en las actividades educativas orientadas a la promoción y prevención y que este liderazgo no debe limitarse a aspectos organizativos y de planificación de los programas educativos a grupos, como es lo habitual en los equipos de atención primaria, sino en llevar a

cabo la mayoría de las intervenciones educativas propias de la educación para la salud, tanto individual como grupal, ya que el fomento de la prevención forma parte de la esencia de la disciplina de enfermería y se constituye en el marco conceptual fundamental para desarrollar en el ámbito comunitario.

En lo que concierne a nuestra profesión, cuenta con la promoción y prevención de salud como arma fundamental para enfrentar a la osteoporosis, en nuestra condición de futuros profesionales, vemos la oportunidad de intervenir, proponiendo la aplicación de un programa educativo cuya efectividad ha sido comprobada mediante el presente estudio, elevando el nivel de conocimiento a fin de incidir en la conciencia de las mujeres pre-menopáusicas para que adopten medidas preventivas para evitar las complicaciones de la osteoporosis que por las referencias señaladas tiene una tasa muy alta de morbilidad y la tendencia de incrementarse en los años venideros.

Todo lo manifestado motivó la realización del estudio titulado: **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE-MENOPÁUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GINECO-OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, AYACUCHO, 2013**, con el propósito de contribuir en la lucha contra esta patología

perfectamente prevenible. Para cuyo efecto se plantearon los siguientes objetivos:

General:

Determinar el efecto de un programa de intervención educativo sobre medidas de prevención de la osteoporosis en mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta- Ayacucho, 2013

Específicos:

- Identificar el conocimiento que poseen, mediante un pre test, sobre las medidas de prevención de la osteoporosis las mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta- Ayacucho, 2013.
- Aplicar el programa educativo a las mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta- Ayacucho, 2013.
- Identificar el conocimiento que poseen, tras la intervención educativa mediante un pos test, sobre las medidas de prevención de osteoporosis las mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta- Ayacucho, 2013.

La hipótesis planteada fue: **Hi:** la aplicación de un programa educativo tiene un efecto favorable en el conocimiento de las medidas preventivas

de la osteoporosis en mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2013.

Ho: La aplicación de un programa educativo tiene un efecto desfavorable en el conocimiento de las medidas preventivas de la osteoporosis en mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta. Ayacucho, 2013.

En el presente trabajo de investigación se consigna la siguiente estructura: Introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

La investigación titulada: **Taller de educación para la salud sobre prevención de osteoporosis en mujeres. Efectividad de una intervención enfermera en atención primaria. Madrid, España 2012** ⁽⁴⁾. Con el **Objetivo:** Proporcionar conocimientos y promover estilos de vida saludable orientada a mejorar la calidad de vida y el autocuidado en mujeres que reciben educación sanitaria sobre la osteoporosis. **Materiales y Métodos:** El diseño del estudio es de intervención comunitaria, abierto de un solo centro, prospectivo y de 8 meses de duración, desarrollado en el Centro de Salud de Morzarzal. La muestra fue de 140 mujeres de edades comprendidas entre 40 y 70 años. Todas las participantes rellenaron un test inicial para evaluar su nivel de conocimientos sobre la osteoporosis y estilos de vida. Efectuamos la valoración de

enfermería por patrones funcionales de salud de Maryory Gordon e identificamos, entre otros, problemas relacionados con el manejo adecuado del régimen terapéutico, su conocimiento y ejecución, estableciendo un diagnóstico enfermero. **Resultados:** Antes del taller, 46% tenía conocimiento sobre osteoporosis, después del taller, este porcentaje se incrementó hasta 70%. El estudio estadístico consistió en comparar los valores de las variables seleccionadas antes y después de la intervención educativa. Las variables cuantitativas se analizaron con test paramétricos (t de Student para datos apareados) y con no paramétricos (test U de Mann Whitney). La potencia escogida para los test fue del 80% y el nivel de significación $p < 0,05$. **Conclusiones:** Al estudiar las diferencias entre los resultados se pretendía averiguar si la intervención educativa grupal y el posterior seguimiento del plan de cuidados en consulta de enfermería fueron efectivos para mejorar los autocuidados y la calidad de vida de las mujeres participantes en el estudio. Obtuvimos los resultados esperados del Plan de Cuidados.

Los resultados encontrados en este estudio tienen mucha semejanza con el problema planteado en el presente estudio, sin embargo, no se realizará un seguimiento de enfermería, además, la realidad sanitaria, geográfica, ambiental, estructural y potencial

humano posiblemente es diferente al nuestro, y existe la necesidad de plantear su estudio.

El estudio titulado: **Programa educativo de prevención de osteoporosis dirigido a los usuarios que asisten a la consulta de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar”**. Maturín – Estado Monagas, Venezuela, 2006⁽⁵⁾. Con el **Objetivo:** Diseñar un Programa Educativo de Prevención de Osteoporosis dirigidos a los usuarios que asisten a la Consulta de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar”. Maturín – Estado Monagas, Venezuela, 2005. **Material y Métodos:** el lineamiento metodológico del estudio se trata de una investigación enfocada en el diseño no experimental, univariable, de campo, transversal. La población estuvo representada por 50 usuarios de ambos sexos, controlados en la consulta de Reumatología del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar de Maturín, la muestra seleccionada al azar quedó conformada por 24 usuarios que representa el 48% de la población. Para la recolección de la información, se elaboró un cuestionario, con 24 preguntas, en escala contenida de tres alternativas con una respuesta correcta. **Resultados:** 1) 62% de los usuarios estudiados poseen poca información sobre las generalidades de la osteoporosis. 2) 71% de usuarios poseen poco conocimiento de la enfermedad en cuanto a las medidas preventivas, especialmente en los hábitos alimentarios

y control médico. **Conclusiones:** Estos resultados evidencian el desconocimiento en la prevención que tiene los usuarios con problemas de osteoporosis. Los cuales respaldan a la importancia de diseñar un Programa Educativo para Promover la Prevención en usuarios con osteoporosis con el fin de mejorar su calidad de vida.

Los resultados encontrados en este estudio, solo diseñan el instrumento para aplicar en el futuro como medida preventiva, por lo tanto, amerita la intervención educativa.

Estilo de vida saludable en la prevención de la osteoporosis en la mujer climatérica, Chile, 2007⁽⁶⁾. Con el **Objetivo:** Establecer la

relación entre el estilo de vida saludable y la prevención de la osteoporosis en la mujer climatérica sin patología asociada.

Material y Métodos: Estudio descriptivo comparativo con diseño no experimental, transversal y correlacional, en muestra formada por 80 mujeres climatéricas en tratamiento de osteoporosis y 80 mujeres climatéricas sin diagnóstico de osteoporosis, con características sociodemográficas similares. **Resultados:** 1) Las mujeres con osteoporosis eran más sedentarias e ingerían menores cantidades de calcio que las mujeres sin el diagnóstico médico de la patología, de igual manera han utilizado en menor extensión terapia de reemplazo hormonal. 2) En el grupo de mujeres con osteoporosis fue el factor de riesgo para la

enfermedad el consumo de tabaco pero no el de alcohol.

Conclusiones: Tener el estilo de vida saludable durante el climaterio es una estrategia útil para prevenir la osteoporosis en el climaterio, puesto que en este estudio se detectaron como factores de riesgo en esta población: el estado nutricional enflaquecido, el no realizar actividad física y el ser sedentaria, tener antecedentes de consumo de tabaco y su consumo actual, el consumo insuficiente de calcio dietario y/o su uso terapéutico por periodos menores a un año.

En esta investigación estudiaron factores de riesgo y no intervienen aplicando información educativa.

La investigación: **Factores de riesgo para osteoporosis y fracturas de cadera. Buenos Aires, 2007⁽⁷⁾**. Con el **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo para la osteoporosis y las fracturas de cadera. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, caso- control, en 376 pacientes (151 casos con fractura de cadera y 225 controles) hospitalizados en el Policlínico PAMI II de la ciudad de Rosario, los datos fueron recogidos de historias clínicas centralizadas y de un cuestionario sobre FR, realizado por personal entrenado a tal fin. En este trabajo se analizó la asociación entre factores de riesgo (FR) y fracturas de cadera, se evaluó la influencia de FR relacionados con baja masa

ósea o con traumatismos, y se exploró la existencia de factores protectores (FP). **Resultados:** 1) 151 presentan fracturas de cadera osteoporóticas (casos; el resto fueron controles), a partir de historias clínicas y un cuestionario sobre FR para osteoporosis. 2) La edad promedio fue 80.6 ± 8.1 años, similar en casos y controles. 3) La relación mujer/varón fue de 3:1 en ambos grupos. 4) Las mujeres fracturadas eran mayores que los varones fracturados (82.5 ± 8.1 versus 79.7 ± 7.2 años; $p < 0.01$). 5) La actividad física, el consumo de alcohol y tabaco, y la exposición solar de los pacientes fueron bajos. 6) La proporción de pacientes con limitación funcional fue mayor en casos, sin diferencia significativa. 7) La mayoría de caídas de los casos se produjo en domicilio ($p < 0.001$). 8) En mujeres la actividad doméstica constituyó un FR ($p = 0.007$) no observado en varones. 9) Las variables significativas en el análisis multivariado fueron los siguientes FR: deterioro cognitivo ($p = 0.001$) y antecedentes de caídas previas ($p < 0.0001$). 10). Los FP fueron: ingesta cálcica en la juventud y actual, y asistencia mecánica para deambular (todos, $p < 0.0001$). **Conclusiones:** La evaluación de FR y FP podría contribuir a disminuir la probabilidad de fracturas de cadera, modificando hábitos personales y previniendo las caídas en adultos mayores. Los datos podrían servir para elaborar estrategias locales y nacionales de prevención.

Esta investigación busca prevenir las complicaciones de la osteoporosis y no aplican un modelo educativo para prevenirla.

En la investigación **Factores de riesgo de osteoporosis en personas mayores de 35 años de una comunidad semi-rural, Veracruz, México (2008)⁽⁸⁾**. Con el **Objetivo:** Conocer cuáles son los FR de padecer osteoporosis en personas mayores de 35 años de una comunidad semi-rural. **Material y Métodos:** Mediante un estudio Descriptivo transversal, con una muestra de 280 personas de ambos sexos. **Resultados:** 1) Con respecto al IMC en mujeres. La mayoría (40.3%) se encuentra dentro del límite normal, por lo cual no tienen riesgo de desarrollar osteoporosis en un futuro. 2) La mayor parte de los varones (39.1%) se encuentran dentro de los rangos normales, lo que señala que no tienen riesgo para padecer OP posteriormente. 3) La mayor parte de los individuos (42.5) refirió tener dolor óseo algunas veces, una mínima parte (13.8%) señaló que siempre lo tiene. 4) La mayoría de los sujetos (85.3%) no realiza ejercicio, lo que constituye un FR importante para la presencia de OP de acuerdo a este criterio. 5) Gran parte de las personas encuestadas (71.3%), no consumen calcio, lo que conlleva a desarrollar OP. 6) El mayor porcentaje de las personas (41.3%) consumen siempre café, lo anterior representa una posibilidad de acrecentar el riesgo de osteoporosis. 7) En cuanto al consumo de hormonales como tratamiento para la menopausia, se

encontró que el 38.8% de las mujeres menopáusicas, no reciben tratamiento, lo cual representa un FR. **Conclusiones:** Podemos concluir que en este estudio se encontró que la mayoría de las personas tienen un IMC normal; destacan los datos sobre el deficiente consumo de calcio y la realización de ejercicio, ya que la mayor parte de los sujetos estudiados no lo practican. Con respecto al café dos tercios de la población lo consumen siempre y frecuentemente, encontrándose también que casi la mitad de las mujeres están en la etapa de la menopausia, una cuarta parte tienen de 11 a más años de no menstruar, y la mayoría de ellas no consumen hormonas como tratamiento para la menopausia.

Los resultados encontrados en este estudio, encontraron factores de riesgo de la osteoporosis, no han intervenido con un programa educativo.

Igualmente en la investigación titulada **Prácticas preventivas de complicaciones de osteoporosis en mujeres climatéricas atendidas en el Hospital Tipo II Essalud. Huamanga, Ayacucho, 2007⁽⁹⁾**, con el **Objetivo:** Determinar el cumplimiento de las prácticas preventivas de complicaciones de osteoporosis en mujeres climatéricas atendidas en el Hospital tipo II Essalud, Huamanga, Ayacucho, 2007. **Material y métodos:** Estudio de tipo aplicado, de nivel descriptivo-correlacional de corte transversal. La

población constituida 376 mujeres climatéricas de 40 a 60 años con diagnóstico médico de osteoporosis, con una muestra de tipo censal. **Resultados:** 1) El 83.2% de mujeres climatéricas no cumplen con las prácticas preventivas de las complicaciones de osteoporosis. 2) El 56% de mujeres que incumplen con las prácticas preventivas presentan osteoporosis severa (27.3%), fracturas (18.2%) y artritis (10.5%). **Conclusión:** Se revalida la hipótesis de investigación, es decir que gran porcentaje de mujeres incumplen las prácticas preventivas de las complicaciones de la osteoporosis.

Los resultados encontrados en este estudio evidencian el incumplimiento de las prácticas preventivas y no realizan ninguna información educativa.

1.2 BASE TEORICA

PROGRAMA PREVENTIVO PROMOCIONAL:

Un programa educativo, llamado también educación para la salud o programa preventivo promocional para la salud, es una actividad cada vez más importante en atención primaria, ya que se encuentra en un lugar preeminente para impulsar el cambio de la forma en que cada persona cuida de su salud y se compromete con ella. Las enfermedades más prevalentes están relacionados con los estilos de vida. Existen trabajos que demuestran que las

intervenciones educativas en este ámbito son capaces de modificar los estilos de vida.⁽¹⁰⁾

La OMS define la Educación para la Salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud (OMS, 1989). La OMS enfoca la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, en el cual la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje, centrándolo no sólo en los conocimientos sino también en el saber hacer. La EPS no es sólo proveer información sobre hábitos sanos o sobre la enfermedad. Tiene que ser una actividad que suponga el aprendizaje y que aborde los conocimientos, las actitudes y las habilidades dirigidas a facilitar cambios en las conductas, tanto individuales como colectivas, para conseguir determinadas metas en salud. El profesional sanitario debe actuar como facilitador, y no debe aceptar toda la responsabilidad del cambio, sino que su objetivo es capacitar al individuo objeto de la intervención educativa para que pueda adoptar voluntariamente el comportamiento propuesto. Pero es la propia persona la que voluntariamente acepta las modificaciones de comportamientos o estilos de vida que puedan mejorar su salud. Solo si ha interiorizado este proceso, el cambio en los comportamientos perdurará.

El Diccionario Larousse práctico (1990) define a un programa como “el conjunto de instrucciones que permite ejecutar una serie de operaciones”. (Pág. 273). Es decir, un programa educativo establece unas series de pasos específicos para orientar el desarrollo del proceso desde el inicio hasta su culminación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda medidas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud como parte de una atención integral a personas, familias y comunidades⁽²⁾. La educación para la salud (EPS) es un instrumento imprescindible para alcanzar esos objetivos.

En el área de salud se hace imperativo que la población maneje información relativa a mantener estilos de vida saludable a través del cumplimiento de acciones que le permitan prevenir y controlar esas situaciones que ponen en riesgo su bienestar.

Las actividades educativas deben estar orientadas por un programa específico de acuerdo a la situación que se desee tratar en base a las necesidades presentes; al respecto Dugas⁽¹¹⁾ refiere la existencia de “diferentes programas de promoción de la salud, como: divulgación de la información para aumentar el nivel de conocimiento de individuo y grupos para que sean capaces de modificar conductas y mejorar la calidad de vida”.

Las actividades educativas constituyen una opción para la prevención de la salud. En cuanto a prevención el Diccionario Larousse ⁽¹²⁾ la define como “Acción y efecto de prevenir... ... conjunto de medidas tomadas para evitar accidentes, enfermedades profesionales, el desarrollo de epidemias o el agravamiento de los estados sanitarios individuales”. De allí que la prevención en salud, es el desarrollo de acciones de salud para evitar la enfermedad o las complicaciones que pueda generar ese estado patológico.

En los últimos años la atención a la mujer incorpora programas enfocados hacia la prevención y promoción de la salud, no solo trata síntomas biológicos, sino que están orientados al desarrollo de sus autocuidados, incorporando al proceso asistencial programas y actividades de EPS⁽¹²⁾, que incidan en los factores que tengan mayor peso en la salud de la mujer, susceptibles de ser modificados por las intervenciones educativas, como son las actitudes, los sentimientos, las creencias, los valores y los comportamientos que afecten a los estilos de vida. Los cambios fisiológicos normales que aparecen en la mujer precisan de determinados cuidados para continuar el desarrollo personal de forma armónica. La OMS ha declarado que la mayoría de los problemas de salud derivan de factores sociales más que

realmente patológicos y que dependen de la actitud de cada sociedad en el proceso de envejecimiento⁽¹³⁾.

Las medidas preventivas en relación a la salud, se sustentan en atención a los niveles de prevención de Leavell y Clark (1989); los autores, citados por Turabian, K.L⁽¹⁴⁾, señalan que se le “atribuye a la prevención tres niveles diferentes pero vinculados entre sí, de acción o intervención sanitaria”.

- 1) Prevención Primaria
- 2) Prevención Secundaria
- 3) Prevención Terciaria

En referencia a lo planteado por Leavell y Clark, especifica “los objetivos y medidas preventivas en niveles de prevención”⁽¹⁵⁾.

Prevención primaria:

Conjuntos de acciones generales y específicas al individuo en el periodo de la pre patogénesis, antes de que el hombre este enfermo. Esta refiere el estado óptimo de salud y así proteger específicamente al hombre, familia y comunidad contra agentes de enfermedad y establecer las barreras contra los agentes ambientales. La misma está constituida por dos niveles de prevención.

Promoción de la salud:

Se define promoción a la aplicación de medidas generales, tendientes a mantener y mejorar la salud en general y el bienestar del individuo, la familia y la comunidad, este nivel consta de:

Objetivos:

- 1) Crear las condiciones más favorables para resistir el ataque de la enfermedad.
- 2) Aumentar la resistencia del individuo y colocarlo en un ambiente favorable a la salud.
- 3) Crear un ambiente desfavorable a la enfermedad.

Medidas:

- 1) Educación sanitaria.
- 2) Alimentación y estado nutricional adecuados a la fase de crecimiento de desarrollo del individuo y otros estados fisiológicos.
- 3) Condiciones adecuadas para un óptimo desarrollo de la personalidad.
- 4) Vivienda adecuada, recreación y condiciones agradables en el hogar y en el trabajo.
- 5) Educación sexual y consejos pre-marital.
- 6) Exámenes de salud periódicos a grupos aparentemente sano.

- 7) Estudio de genética con el fin de poder aumentar la variedad y producción de plantas y animales, para así obtener mejores alimentos.

Protección específica:

Son aquellas medidas que permiten defender el individuo específicamente contra una o un grupo de enfermedades antes de que sea atacado; es decir se colocan barreras para interceptar las causas, antes de que llegue al hombre. Este nivel de prevención tiene:

Objetivos:

- 1) Proteger específicamente el individuo contra una determinada enfermedad.
- 2) Proteger con métodos positivos comprobados y de eficiencia medible.

Medidas:

- 1) Inmunizaciones específicas.
- 2) Adecuada higiene personal.
- 3) Saneamiento ambiental.
- 4) Protección contra los peligros del trabajo.
- 5) Protección contra accidentes.
- 6) Nutrientes esenciales, en cantidad y calidad.

7) Protección contra factores cancerígenos.

8) Protección contra alérgenos.

Prevención secundaria:

Son todas las acciones de salud tendientes a realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad y de limitaciones del daño. Aquí la enfermedad se ha originado, es el periodo de la patogénesis. El hombre ha presentado la sintomatología por ello las medidas preventivas están dirigidas a interrumpir el curso del proceso de la enfermedad en el hombre mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad y limitación del daño.

Esta fase está constituida por dos (2) niveles de prevención que son:

Diagnóstico precoz y tratamiento inmediato:

Conjuntos de acciones pendientes a identificar y tratar lo más rápido posible, las enfermedades que no fueron evitadas, debido a que no existe medidas para actuar en el nivel anterior o porque no fueron aplicados las existentes.

Es decir, son las medidas que realiza el médico, para tratar una enfermedad o un padecimiento, con el diagnóstico y el tratamiento oportuno, el cual impide la diseminación y las complicaciones.

Objetivos:

- 1) Curar y detener el proceso de la enfermedad
- 2) Prevenir la propagación de enfermedades transmisibles.
- 3) Prevenir las complicaciones y secuelas.
- 4) Prevenir una incapacidad prolongada.

Medidas:

- 1) Descubrimiento de casos de enfermedad en los primeros estadios (en individuo).
- 2) Descubrimiento de casos individuales en grupos de poblaciones.
- 3) Estudios de grupos para detectar enfermedades.
- 4) Exámenes periódicos selectivos a ciertos grupos de población.
- 5) Tratamiento inmediato adecuado de los casos descubiertos.

Prevención terciaria

Conjunto de acciones específicas que tiene como fin, impedir la incapacidad total o la muerte, una vez que se han presentado lesiones anatómicas y funcionales.

Cuando la enfermedad ha evolucionado hasta los últimos estadios del periodo patogénico, pero aún es posible aplicar algunas medidas de prevención para evitar la incapacidad total o la muerte. La única forma de actuar es a través de la rehabilitación: 5to nivel de prevención conjunto de medidas cuyo objetivo es impedir la

incapacidad completa del individuo, una vez que han presentado lesiones funcionales para integrar al individuo a la sociedad como factor útil, obteniendo el máximo de sus capacidades residuales y evitar que el individuo se convierta en una carga permanente tanto para el mismo, la familia y la sociedad.

En este nivel de prevención la enfermedad evolucionó hasta su estadio final. Es un hecho consumado el individuo está lesionado por la enfermedad, con secuelas, incapacitado parcial o totalmente. Pero aún se puede aplicar medidas preventivas con el fin de rehabilitar al individuo física, mental y socialmente.

Objetivos:

- 1) Reintegrar al individuo como factor útil a la sociedad.
- 2) Obtener al máximo el uso de sus capacidades residuales.
- 3) Evitar que el individuo se convierta en carga permanente, tanto para sí mismo, familia y sociedad.

Medidas:

- 1) Facilidades en los hospitales, comunidad e industria, para el re-entrenamiento y educación del incapacitado, con el fin de obtener el máximo uso de las capacidades remanentes.
- 2) Educación al público de la industria para que utilice al rehabilitado.

- 3) Máximas facilidades de empleo para el rehabilitado.
- 4) Ubicación selectiva del rehabilitado tratando de aprovechar su capacidad remanente al máximo.
- 5) Terapia ocupacional en hospitales.
- 6) Usos de colonias de protección para incapacitados.

INFORMACION SOBRE OSTEOPOROSIS.

La osteoporosis es una enfermedad en la que se reducen la densidad y calidad del hueso, lo que conduce a la debilidad del esqueleto y mayor riesgo de fractura, especialmente de la columna vertebral, la muñeca y de la cadera. Las fracturas son una causa importante de morbilidad y mortalidad ⁽¹⁶⁾. Se definió la osteoporosis en el Consenso de los National Institutes of Health (NIH) del año 2001 como: "Aquella enfermedad del esqueleto caracterizada por una resistencia ósea alterada con un aumento del riesgo de fractura" ⁽¹⁷⁾

Esta patología es asintomática y puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que finalmente se manifiesta con una fractura.

La osteoporosis es un problema global que está creciendo en importancia como la población del mundo crece.

CLASIFICACION DE LA OSTEOPOROSIS

- **Osteoporosis primaria.**
 - La osteoporosis tipo I (post menopáusica) ocurre en mujeres post menopáusicas entre 50 y 75 años y se caracteriza por una pérdida acelerada de hueso trabecular, en comparación con el cortical. Las fracturas de los cuerpos vertebrales y la distal del antebrazo (fractura del Colles) son complicaciones frecuentes.
 - La osteoporosis tipo II (senil) se detecta en mujeres y varones por encima de los 75 años.
 - Idiopática juvenil y del adulto joven.
- **Osteoporosis secundaria.**
 - Enfermedades endocrinas y metabólicas.
 - Hipogonadismo.
 - Hiperparatiroidismo.
 - Hiperkortisismo (exógeno o endógeno).
 - Hipertiroidismo.
 - Hipofosfatasa.
 - Asociada a otras enfermedades metabólicas.
 - Genéticas.
 - Osteogenesis imperfecta.

- Homocistinuria.
 - Síndrome de Ehlers-danlos.
 - Síndrome de marfan.
- Hematológicas.
 - Mieloma.
- Fármacos.
 - Corticoides.
 - Heparina.
 - Anti estrógenos.
 - Antiácidos.
- Otras.
 - Escorbuto.
 - Artritis reumatoide.
 - Desnutrición.
 - Alcoholismo.
 - Mastocitosis sistémica.
 - Asociación de factores favorecedores: sexo femenino, raza blanca, talla baja, dieta pobre en calcio y exceso de proteínas, falta de ejercicio, alcohol y cafeína.

INFORMACION SOBRE FISIOPATOLOGIA

El fenómeno clínico fundamental en la osteoporosis es la fractura. De ella derivan las manifestaciones que llevan al enfermo a solicitar asistencia médica: el dolor, la deformidad y la impotencia funcional. La osteoporosis sin fractura (osteopenia) no parece que pueda causar dolor. El principal factor determinante de la fractura osteoporótica es la disminución de la masa ósea, junto a la desconexión trabecular que la acompaña. Sin embargo, la fragilidad ósea puede reconocer también otros mecanismos. Uno de ellos está relacionado con la suma de lesiones por fatiga. El hueso, al igual que las demás estructuras de soporte, sufre "microfracturas" que normalmente son reparadas a merced del fenómeno de renovación ósea. Si por alguna razón la renovación no fuera eficaz, aquellas se acumularían, produciendo con el paso del tiempo una fractura. Otros fenómenos determinantes de fragilidad incluyen anomalías del colágeno y de los cristales. Junto a la fragilidad, en la aparición de las fracturas intervienen los factores desencadenantes de éstas: la sobrecarga mecánica excesiva para la resistencia del hueso o el traumatismo. Aquella actúa sobre todo en la columna (esfuerzo). El traumatismo suele revestir la forma de caída, que está en la base del 95% de las fracturas de cadera. Las caídas aumentan con la edad y son más frecuentes en las mujeres que en los varones. El 50% de ellas se

asocia a disfunciones orgánicas, el otro 50% a factores ambientales. Entre las primeras destacan los trastornos neurológicos (alteraciones del equilibrio, de la marcha) y del aparato circulatorio (síncope). Los segundos son también muy variados, abarcando desde la mala iluminación hasta la presencia de obstáculos en el suelo ⁽¹⁸⁾.

INFORMACION SOBRE MANIFESTACIONES CLINICAS

La osteoporosis es a menudo llamada la “enfermedad silenciosa” porque la pérdida de hueso ocurre sin síntomas. En muchos casos, el primer “síntoma” es un hueso roto. Los pacientes con osteoporosis pueden no saber que tiene la enfermedad hasta que sus huesos se vuelven tan débiles que un esfuerzo repentino, un tropiezo o caída provoca una fractura de cadera o una vértebra se colapse. La vértebra colapsada, al principio puede sentirse o verse en forma de fuertes dolores de espalda, pérdida de estatura o deformidad espinal como la cifosis o severamente encorvada postura ⁽¹⁹⁾.

INFORMACION SOBRE INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA OSTEOPOROSIS ⁽²⁰⁾

- 1 de cada 3 mujeres mayores de 50 años sufrirá una fractura debido a la osteoporosis, lo que aumenta de 1 de cada 2 mayores de 60 años.

- 1 de cada 5 hombres mayores de 50 años sufrirá una fractura debido a la osteoporosis, lo que aumenta a 1 de cada 3 mayores de 60 años.
- Aproximadamente 1,6 millones de fracturas de cadera ocurren cada año en el mundo, la incidencia se espera que aumente a 6,3 millones para el año 2050.
- El mayor riesgo de fracturas de caderas se ven en Noruega, Suecia, Islandia, Dinamarca y USA.
- Actualmente, no hay una incidencia creciente de las fracturas de cadera en las ciudades desarrolladas en Asia. Uno de cada cuatro se fractura la cadera. Las fracturas se producen en Asia y América Latina. Este número de fracturas de caderas se incrementará a 1 en 2 para el año 2050.
- En Oriente Medio, la carga de la osteoporosis en la población general se espera que aumente y se convertirá en una pesada carga financiera.
- La tasa de incidencia anual de fracturas osteoporóticas en mujeres es mayor que las tasas de incidencia combinada de ataque al corazón, accidente cerebro vascular y de cáncer de mama.

INFORMACION SOBRE DIAGNOSTICO DE OSTEOPOROSIS ⁽²¹⁾

Pérdida de masa ósea puede ser hecha por un médico a través de una prueba de densidad mineral ósea (BMD). Las medidas de prueba de densidad ósea en la columna vertebral, la muñeca y/o de la cadera (los sitios más comunes de fracturas debido a la osteoporosis), mientras que otras se pueden medir en el talón o en la mano. Estas pruebas son indoloras, no invasiva y segura. Sirve para:

- Detectar baja densidad ósea antes de que ocurra una fractura.
- Diagnosticar la osteoporosis si ya se ha fracturado.
- Predecir la probabilidad de fracturas en el futuro.
- Determinar la tasa de pérdida ósea y/o controlar los efectos del tratamiento, si la prueba se realiza en intervalos de un año o más.

INFORMACION SOBRE PREVENCION ⁽⁶⁾

El tratamiento más eficaz de la osteoporosis es la prevención. Si nos fijamos en los referidos factores de riesgo nos daremos cuenta de que hay alguno de ellos inevitable (raza, sexo, edad, etc.), pero existen muchos factores sobre las que podemos actuar para intentar evitar o al menos retrasar la aparición de la osteoporosis. Los tres pilares básicos en la prevención y tratamiento de la

osteoporosis son: el ejercicio físico; la dieta adecuada con suficiente aporte diario de calcio; y un mejor estilo de vida. Es importante mencionar que desde temprana edad se puede seguir estos hábitos para contrarrestar esta enfermedad o favorecer a que ésta sea menos agresiva.

INFORMACION SOBRE TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS ⁽²²⁾

Para tratar la osteoporosis, los médicos recomiendan:

- Una dieta sana y equilibrada rica en calcio, en vitamina D y suplementos de calcio.
- Un programa de ejercicios físicos.
- Un estilo de vida saludable.
- Medicamentos cuando sean necesarios (Hormona).

INFORMACION SOBRE FACTORES DE RIESGO ⁽²³⁾

Peso: El peso corporal es un importante factor de riesgo de OP. Varios estudios han revelado que un peso igual o menor a 57 kg, se asocia con OP y fracturas osteoporóticas.

Los individuos con menor índice de masa corporal (IMC) tienen menor densidad de masa ósea, lo cual parece relacionarse por una parte con un menor efecto osteoblástico y por otra parte con un menor freno de la actividad osteoclástica.

De manera que un bajo IMC es un factor de riesgo bien documentado para futuras fracturas de cualquier tipo, siendo más evidente las de cadera.

La obesidad parece proteger el esqueleto, las mujeres con mayor contenido de grasa presenta una mayor Densidad Mineral Ósea, un alto IMC y menor posibilidad de fractura osteoporótica.

Dieta inadecuada de calcio: Es el mineral más abundante que se encuentra en el cuerpo humano, siendo los huesos y dientes lo que tienen más cantidad. En la dieta es necesario para el metabolismo óseo normal, ya que condiciona el peso máximo de masa ósea.

Los requerimientos de calcio varían durante las diferentes etapas de la vida, siendo mayores durante la infancia, juventud y embarazo, por lo que el consumo inadecuado en estas etapas de la vida repercute sobre la formación del banco óseo.

Las necesidades diarias de calcio suelen ser de 800- 1000 mg/d. En la adolescencia se eleva a 1200 mg/d y se ha propuesto a 1500mg/d en el anciano. En mujeres la recomendaciones son también entre 1200/1500 mg/d.

Déficit de vitamina D: La deficiencia de vitamina D es poco frecuente, pues se garantiza con la exposición solar. Los alimentos

ricos en vitamina D son la leche, la yema de huevo, los aceites de pescado y pescados grasos como la sardina y el atún.

Además la vitamina D junto a la parathormona es uno de los factores más importantes en la homeostasia fósforo - cálcica. Las necesidades de vitamina D están entre 400-800 Unidades Internacionales (UI) al día. Con el aumento de la edad la absorción de la vitamina D disminuye debido al adelgazamiento de la piel y la menor exposición a los rayos solares.

Estilos de vida:

Tabaquismo: Diversos estudios epidemiológicos han señalado una relación entre el consumo de cigarrillos y una menor Densidad Mineral Ósea (DMO), una mayor incidencia de fracturas vertebrales y de caderas además de ser más recurrente y precisar más tiempo para su curación. Se habla de un efecto tóxico directo del tabaco, disminuyendo la actividad osteoblástica del hueso. También se sabe que el tabaco disminuye la absorción intestinal de calcio; pero el mecanismo etiopatogénico más importante es consecuencia de su efecto anti-estrogénico.

Alcoholismo: Aunque se plantea que el consumo moderado de alcohol se acompaña generalmente de una mayor densidad mineral ósea y de una reducción del riesgo de fractura de cuello femoral, se conoce también que en el alcoholismo crónico hay una

reducción de la densidad mineral ósea por varios mecanismos: el alcohol tiene efectos tóxicos directos sobre los osteoblastos, generalmente el consumo excesivo y crónico de este se acompaña de mal nutrición y finalmente las caídas son mas frecuentes en el alcohólico lo que le expone a mayor riesgo de fracturas. El mayor efecto nocivo aparece con el consumo igual o mayor a 30 g de alcohol diario.

Sedentarismo: La falta de ejercicio físico es uno de los factores de riesgo más importante en el desarrollo de la Osteoporosis y por ello las personas sedentarias padecen más esta enfermedad y sus consecuencias, es decir, las fracturas. El ejercicio es uno de los elementos claves en la prevención general de esta enfermedad. Cualquier ejercicio es bueno, pero uno tan sencillo como el caminar es el que se recomienda a los pacientes. Además lo puede realizar casi todo el mundo (basta con caminar media hora al día o tres horas por semana) y no tiene costo económico.

Consumo excesivo de café: La cafeína tiene efecto transitorio sobre la calciuria de manera que la incrementa entre 1 y 3 horas luego de su ingestión, sin embargo este efecto no se ha comprobado de forma mantenida. Las mujeres pos-menopáusicas que toman poca leche y consumen 2 o más tazas de café tienen una menor densidad mineral ósea.

Dietas hipoproteicas: Los bajos consumos de proteínas generalmente se acompañan de menor masa muscular y también ósea, probablemente por reducción del componente proteico de la estructura ósea. Es bien conocida la reducción paralela de la masa ósea y muscular que se da en adultos y ancianos, donde ambas pueden reducirse en un 35 a 54%.

Se plantea que las elevadas ingestas proteicas también podrían acompañar la reducción de masa ósea, dado que un gramo en exceso de proteína de la dieta se acompaña de la pérdida urinaria de 1 mg de calcio. Se supone que la excesiva carga de proteínas superiores a 2 g/kg/d, favorece la descalcificación al reducir el Ph.

Determinados tratamientos médicos: El consumo prolongados de ciertos medicamentos favorecen a la osteoporosis, dentro de ellos los más significativos son: los antiácidos, anti cálcicos, esteroides (dosis iguales o superiores a 7.5 mg/d por más de tres meses), hormonas tiroideas, anticonvulsivantes, citostáticos (Metotrexate) y otros.

GENERALIDADES SOBRE INFORMACION

El Diccionario Larousse ⁽¹¹⁾ define la información como: "Acción y efecto de informar.....conjunto de noticias o informes". Lo que expresa una condición para transmitir información. Por su parte Gispert, C ⁽²⁴⁾, la define como "un conjunto de datos significativos y

permanentes que describen sucesos o entidades”. La información es en sí, un medio para transmitir situaciones o hechos relevantes a fin de que los oyentes o receptores puedan cambiar de actitud. O cumplir la información que permita prevenir y controlar todas aquellas situaciones que pongan en peligro su bienestar personal, de la familia y de la comunidad donde vive.

En salud, es necesario que la población esté informada sobre los eventos que puedan afectar su integridad biológica, psicológica, social y espiritual. El conocimiento sobre el comportamiento de todos los procesos que se suceden en su entorno le indicará las conductas que debe asumir para convertir esas situaciones en beneficio de la colectividad y de sí mismo.

En el caso en específico, se debe mantener informada a la población femenina, especialmente a las que están en riesgo, como es el caso de las pre-menopáusicas sobre la osteoporosis como una manera de contribuir con la adquisición de conocimientos que puedan ser garantía de incrementar los activos de salud y que se constituyan en una fuerza importante en su medio familiar y en su entorno social.

En salud, el estar informado es uno de los objetivos de la educación para la salud; Bermejo, J ⁽²⁵⁾, señala que ella se fundamenta en que “Las personas deben conocer que los factores

condicionan su salud, saber cómo contribuir a su mejora y mantenimiento y como enfrentarse a la enfermedad”. Las personas deben saber cómo cursa el proceso patológico que le afecta y tener las herramientas necesarias para enfrentar su realidad.

INFORMACION SOBRE PRE-MENOPAUSIA Y POS-MENOPAUSIA:

Se considera periodos distintos, divididos en base a la última menstruación. La pre-menopausia se representaría por un lapso variable en tiempo, que se iniciará con los primeros signos de declinación hormonal y que culmina con la desaparición del sangrado menstrual, desde donde se ingresa a la pos menopausia. Esta clasificación sólo diferencia distintos episodios de una misma situación, es así que el término climaterio (de origen griego: escalera) se asocia al lento descenso de la función hormonal ovárica, mientras que la menopausia (termino híbrido, del latín: mes y del griego: cesación) indica solamente una fecha, la última menstruación. Los síntomas de la pre-menopausia suelen ser variables, se pueden ver irregularidades menstruales en “ciclos largos” (mayor de 35 años), con episodios ocasionales (mayores de 90 días) de amenorreas (ausencia de menstruación). La cantidad de sangrado menstrual se altera con mayor tendencia a las metrorragias (aumentando).

Edad en el climaterio: El inicio de la declinación funcional ovárica es variable para cada mujer. A lo largo de la historia, la edad de la menopausia se ha ido alargando; en la edad media el promedio era alrededor de los 40 años, en 1700 se incrementó a los 45 años y en la actualidad ronda los 50 años. Si consideramos que el climaterio comenzó en promedio de uno a cinco años antes, actualmente debemos considerar que entre los 45 y 50 años empiezan a verse síntomas de declinación hormonal. Es común considerar precoz una menopausia ocurrida antes de los 40 años y tardía a la que se produce después de los 55 años. En la determinación de este proceso intervienen diversos fenómenos, como factores hereditarios, ambientales, alimenticios, partos previos, salud en general, cirugías, etc. El porqué ocurre, realmente se desconoce. Se dice que una explicación podría ser el agotamiento funcional ovárico y la independencia que este logra de la estimulación hormonal hipotalámica e hipofisaria, esto permite ver en los estudios de laboratorio valores altos de gonadotropinas hipofisarias, FSH y LH (estimulantes del ovario) y bajos de estrógenos (producto del ovario), aunque en las biopsias ováricas de la posmenopausia aún se ven folículos ováricos que teóricamente podrían ser funcionales, pero que no responden a la estimulación de su "superior hormonal". La causa por la cual los

ovarios dejan de responder a las gonadotrofinas es aún una incógnita para la ciencia ⁽²⁶⁾.

LA PRE MENOPAUSIA:

Desde hace una buena cantidad de años se tiene mucho conocimiento con respecto a la menopausia, a sus síntomas y a las causas que hay detrás de ella. Hay medicamentos y terapias para ayudar a las mujeres a soportarla y a no sufrirla tanto, y también existen personas capaces de dar muy buen consejo psicológico y especialistas en el tema que pueden brindarnos mucha ayuda. Pero curiosamente no se tiene tanto conocimiento sobre los años previos. O, mejor dicho, hace algunos años no se tenía demasiado en cuenta la posibilidad de que existiesen momentos previos. Pero las mujeres que atravesaban por la menopausia (así también como toda la gente que se encontraba a su lado durante estos sencillos momentos) sentían que esto no era así, que existían en realidad otros pasos previos que llevaban eventualmente a este momento en particular.

Es que los años previos a la llegada de la menopausia propiamente dicha no eran nada fáciles y era evidente que algo sucedía dentro de sus cuerpos. Lo que ya se sabe y no se puede discutir es que los cambios en la fisiología de la mujer que llegan a la menopausia tienen lugar a lo largo de muchos años, con sus síntomas más o

menos presentes. Estos cambios, aparentemente, tienen una gran relación con fluctuaciones en varias hormonas. Y estos cambios pueden hacer aparecer los síntomas de la menopausia a lo largo de un periodo de tiempo que es mucho más extenso de lo que todo el mundo pensaba hasta este momento ⁽²⁷⁾

CAPITULO II

2. DISEÑO METODOLOGICO

2.1 ENFOQUE METODOLOGICO: Cuantitativo

2.2 TIPO DE INVESTIGACION: Aplicativo.

2.3 NIVEL DE INVESTIGACION: Cuasi-experimental.

2.4 DISEÑO O MÉTODO: Longitudinal, prospectivo.

2.5 AREA DE ESTUDIO: La presente investigación se realizó en el Hospital de apoyo del distrito de Huanta, departamento de Ayacucho, ciudad que se encuentra a 50 Km. Hacia el norte de la ciudad de Ayacucho, tiene una altitud aproximada de 2 500 m.s.n.m.

2.6 POBLACION: La población de estudio fueron todas las mujeres premenopáusicas que acuden al consultorio de Gineco-Obstétrico del Hospital de apoyo de Huanta.

2.7 CRITERIOS DE INCLUSION EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSION

Las mujeres pre-menopáusicas que voluntariamente firmaron el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Las mujeres pre-menopáusicas que no autorizaron su consentimiento informado.

2.8 TAMAÑO DE MUESTRA: Muestra constituida por 35 mujeres pre-menopáusicas.

2.9 TIPO DE MUESTRA: El tipo de muestra fue no probabilístico intencional por conveniencia.

2.10 UNIDAD DE ANALISIS: Una mujer pre-menopáusica.

2.11 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS: La técnica que se utilizó fue la entrevista y los instrumentos fueron pre y pos test.

2.12 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS: La recolección de datos se realizó en cinco momentos:

Primer momento: Se gestionó para obtener una carta de presentación del Decano, luego una autorización de la Dirección del Hospital de Apoyo del distrito de Huanta.

Segundo momento: Se identificaron a las mujeres premenopáusicas, luego se localizó el domicilio para entablar relación para sensibilizarlos y obtener el consentimiento informado.

Tercer momento: Se aplicó el pre test sobre prevención de la osteoporosis.

Cuarto momento: Se aplicó el programa preventivo promocional en cuatro sesiones.

Quinto momento: Se aplicó el pos test y se comparó con el pre test para determinar la efectividad del programa preventivo promocional.

PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS:

Se realizó el control de calidad de las encuestas, luego se estructuró el libro de códigos, asimismo se elaboró la matriz tripartita en el programa SPSS, con las cuales se elaboró cuadros simples y de doble entrada.

2.13 PRUEBA PILOTO:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K : Es el número de ítems

$\sum S_i^2$: Sumatoria de varianza de los ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de los ítems

α : Coeficiente de Alpha de Cronbach

Al aplicar el Alpha de Cronbach el resultado es:

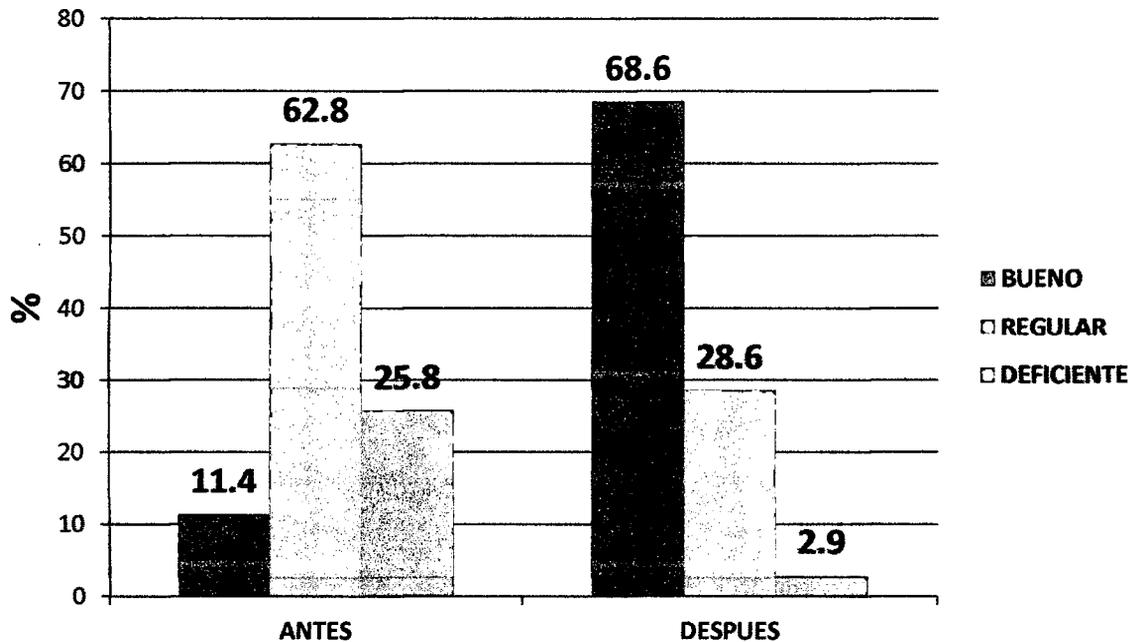
$\alpha = 0.80$ que equivale al 80% de confiabilidad

Se concluye que la escala del nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención de la osteoporosis tiene una confiabilidad de consistencia interna alta, aceptable; aplicada a las mujeres pre menopáusicas que asisten al consultorio Gineco Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta.

CAPITULO III

RESULTADOS

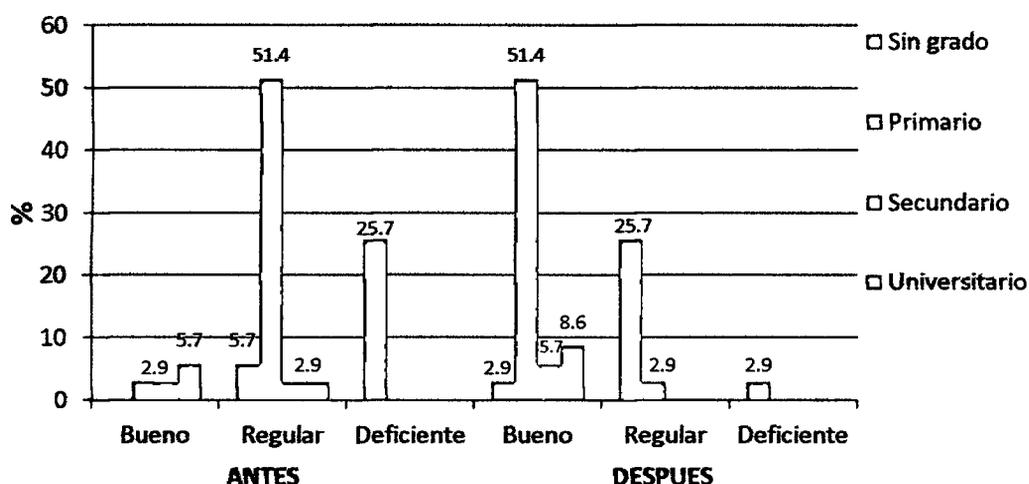
GRAFICO N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GÍNECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013



Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas Ayacucho– 2013

El presente gráfico muestra que, del total de la muestra estudiada, antes de la aplicación del programa educativo, el 62.8% tenían un conocimiento regular sobre la prevención de la osteoporosis, 25.8 % conocimiento deficiente y 11.4 % bueno. Después de la aplicación del programa educativo sobre osteoporosis, el 68.6 % de mujeres pre menopáusicas alcanzan un conocimiento bueno, el 28.6 % regular y el 2.9 % deficiente; respectivamente.

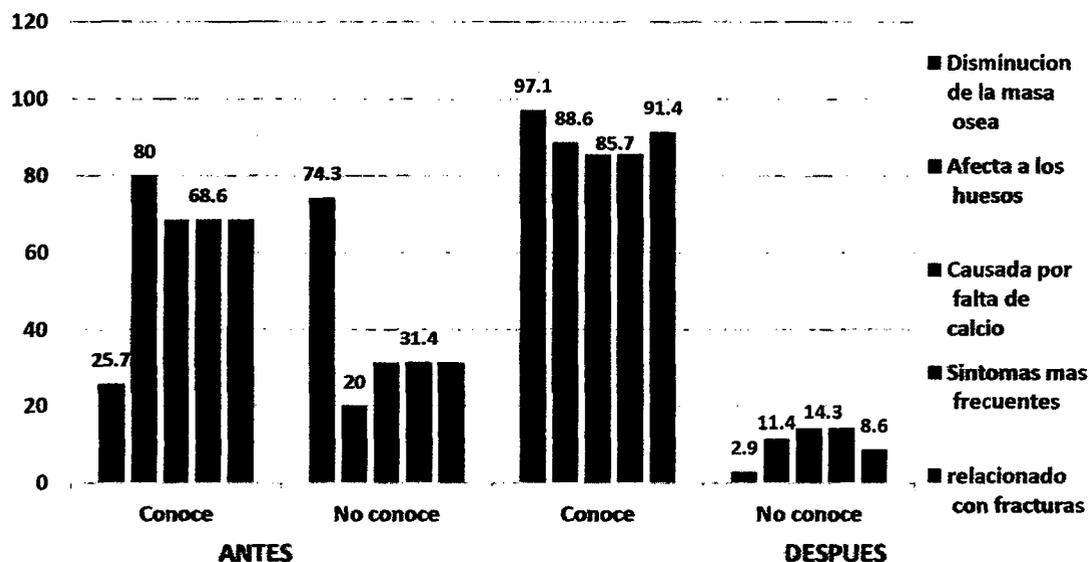
GRAFICO N° 02: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MUJERES PRE- MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013



Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas Ayacucho– 2013

El gráfico que antecede muestra que, antes de la aplicación del programa educativo, El 2,9% y 5,7% de mujeres pre-menopáusicas de instrucción primaria, secundaria y universitaria; mostraron conocimiento bueno. El 2,9%, 5,7%, y 51,4% de mujeres de instrucción secundaria, universitaria, sin instrucción y primaria, presentaron conocimiento regular y el 25,7% sin grado de instrucción calificaron nivel de conocimiento deficiente. Después de la aplicación del programa educativo, el 2,9%, 51,4%, 5,7% y 8,6% de mujeres sin grado de instrucción, primaria, secundaria y universitaria mostraron conocimiento bueno. El 25,7% y 2,9% sin grado de instrucción y primaria arrojaron nivel de conocimiento regular, y 2,9% sin grado de instrucción presentaron conocimiento deficiente.

GRAFICO N° 03: NIVEL DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE- MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013

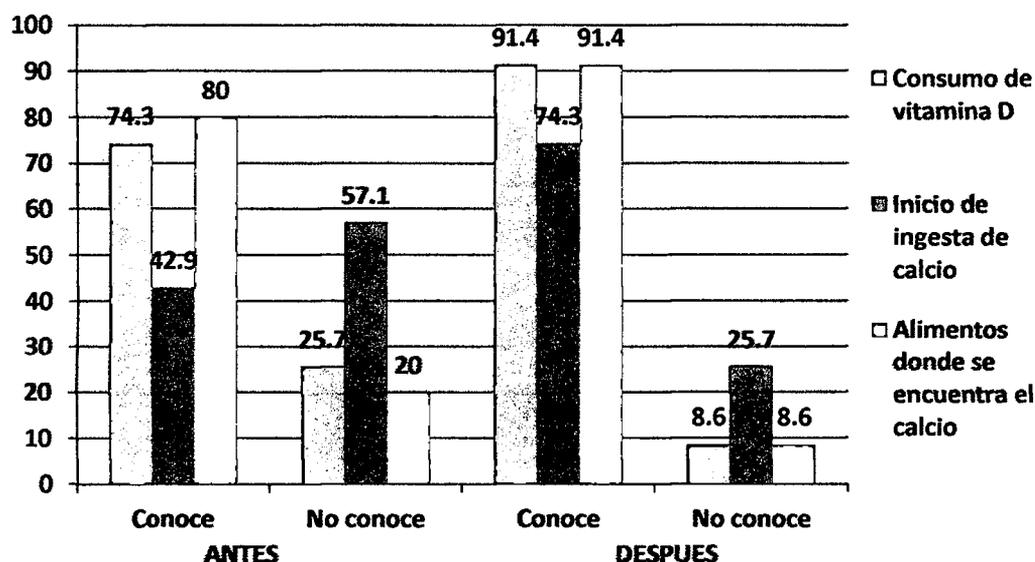


Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas Ayacucho– 2013

Del total de la muestra, antes de la aplicación del programa educativo, el 25,7% conocían y 74,3% no conocían que la osteoporosis es la disminución de la masa ósea; el 80% conocían y 20% no conocían que la osteoporosis afecta a los huesos; el 68,6% conocían y 31,4 no conocían que es causado por falta de calcio, el 68,6% conocían y 31,4% no conocían los síntomas más frecuentes; y el 68,6% conocían y 31,4% no conocían que está relacionado con las fracturas de los huesos; respectivamente. Después de la aplicación del programa educativo, 97,1%conocen y 2,9% no conocen que la osteoporosis es la disminución de la masa ósea; 88,6% conocen y 11,4% no conocen que la osteoporosis afecta a los huesos; el 85,7% conocen y 14,3 no conocen que es causado por falta de calcio; el 85,7% conocen y 14,3% no conocen

los síntomas más frecuentes; y el 91,4% conocen y 8,6% no conocen que está relacionado con las fracturas de los huesos; respectivamente.

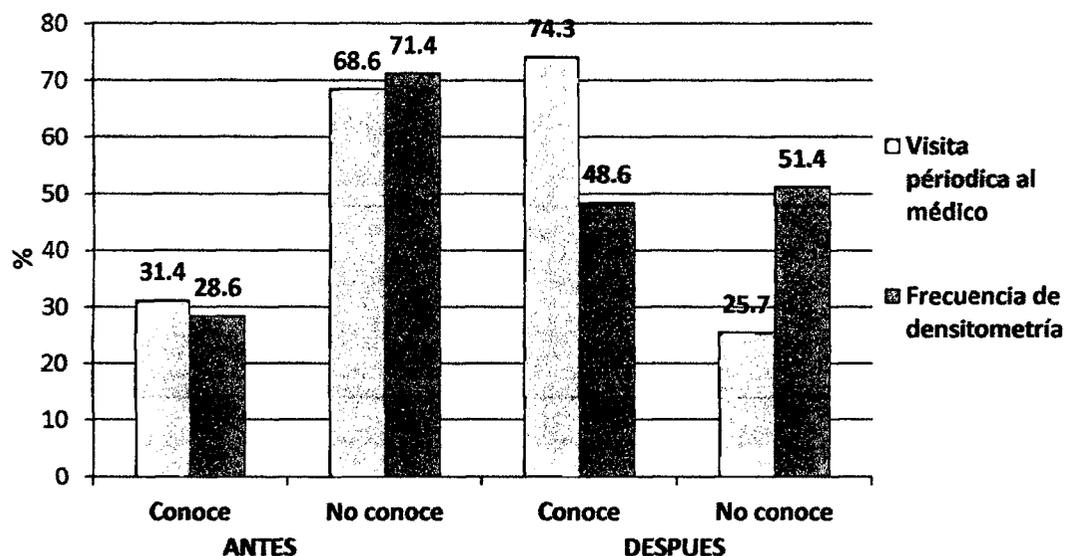
GRAFICO N°04: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013



Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas. Ayacucho– 2013

Del total de la muestra, antes de la aplicación del programa educativo, el 74,3% conocían y 25,7% no conocían en que alimento se consume la vitamina D, el 42,9% conocían y 57,1% no conocían cuando se inicia la ingesta de calcio, el 80% conocían y 20 no conocían en que alimentos se encuentra el calcio. Después de la aplicación del programa educativo el 91,4% conocen y 8,6% no conocen en que alimento se consume la vitamina D, el 74,3% conocen y 25,7% no conocen cuando se inicia la ingesta de calcio, el 91,4% conocen y 8,6% no conocen en que alimentos se encuentra el calcio.

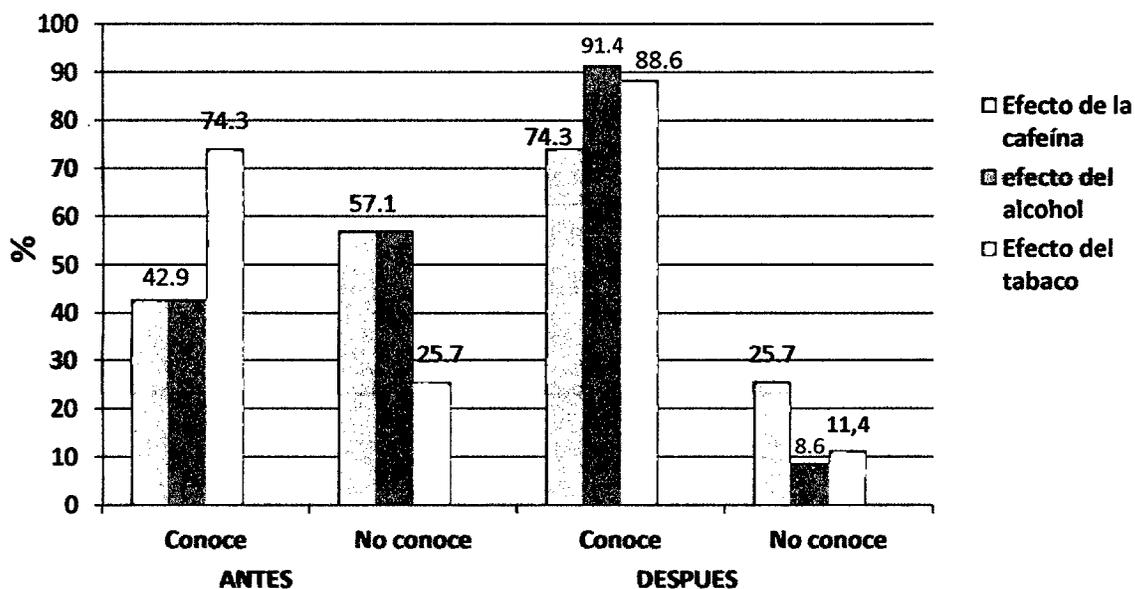
GRAFICO N°05: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013



Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas. Ayacucho- 2013

Del total de la muestra, antes de la aplicación del programa educativo, 31.4 % conocían y 68.6% no conocían sobre la frecuencia de visitar al médico; 28.6% conocían y 71.4 % no conocían la frecuencia en la que deberían realizarse la densitometría ósea; respectivamente. Después de la aplicación del programa educativo, 74.3 % conocen y 25.7% no conocen sobre la frecuencia que debe visitar al médico, 48.6% conocen y 51.4 % no conocen la frecuencia en la que deberían realizarse la densitometría ósea; respectivamente.

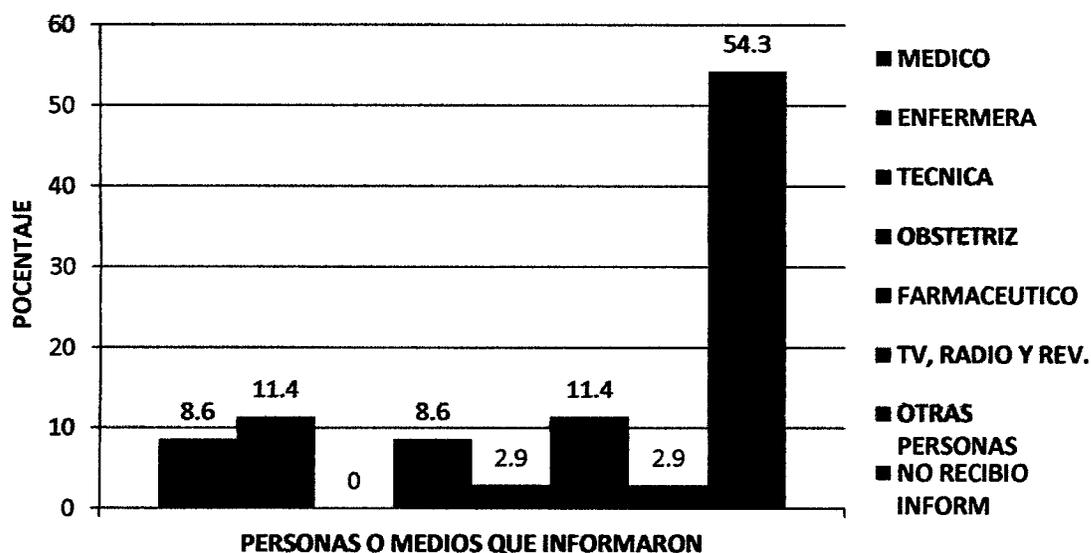
GRÁFICO N° 06: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013



Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas. Ayacucho– 2013

Del 100% de la muestra, antes de la aplicación del programa educativo, 42.9 % conocían y 57,1% no conocían sobre el efecto de la cafeína y el alcohol respectivamente; 74.3% conocían y 25.7% no conocían sobre el efecto del tabaco; respectivamente. Después de la aplicación del programa educativo, 74.3 % conocen y 25.7% no conocen sobre el efecto de la cafeína, 91.4% conocen y 8.6% no conocen sobre el efecto del alcohol; 88.6% conocen y 11.4% no conocen sobre el efecto del tabaco respectivamente.

GRAFICO N° 07: FUENTE DE INFORMACION SOBRE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE- MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013



Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas Ayacucho– 2013

El gráfico que antecede, muestra que del total de pre-menopáusicas estudiadas, 54.3 % refiere no haber recibido información sobre prevención de osteoporosis, el 11.4 % dicen haber recibido de las enfermeras, televisión, radio y revistas respectivamente, 8.6 % del médico y obstetras respectivamente; 2.9% del farmacéutico y otras personas, respectivamente.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La osteoporosis, actualmente constituye un problema para la salud pública en el país, encontrándose en el grupo de enfermedades no transmisibles sobre las cuales se hace necesario un trabajo intersectorial y de corte educacional para generar cambios de comportamiento en lo relacionado al cuidado de la salud, hábitos alimentarios y actividad física a lo largo de la vida.

La osteoporosis se definió en la conferencia de consenso de la National Institutes of Health (NIH) del año 2001 como:

“Aquella enfermedad del esqueleto caracterizada por una resistencia ósea alterada con un aumento del riesgo de fractura⁽¹⁷⁾.”

Estos cambios óseos comportan una disminución de la resistencia del hueso y un incremento de la fragilidad ósea y de la susceptibilidad a fracturarse. Las complicaciones clínicas asociadas a la fractura por fragilidad u osteoporótica incluyen incremento en la morbilidad (dolor, discapacidad física, peor calidad de vida relacionada con la salud, etc.),

en el riesgo de padecer nuevas fracturas (incluso en un corto periodo de tiempo) y en la mortalidad. Todas estas complicaciones impactan de manera importante a nivel clínico, social y económico y su trascendencia se incrementa dado el progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados. ⁽¹⁸⁾

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que la aplicación del programa educativo sobre prevención de osteoporosis es efectiva en el nivel de conocimiento de la población de mujeres premenopáusicas (**GRAFICO 01**).

Al respecto, Nieto Blanco y col ⁽²⁸⁾ señaló que la educación sanitaria constituye la base del conocimiento, la modificación de la conducta y la promoción de estilos de vida saludables teniendo presente la experiencia de las personas, sus valores y creencias.

Asimismo, Bolívar y Col ⁽⁵⁾ en el estudio titulado: Programa educativo de prevención de osteoporosis dirigido a los usuarios que asisten a la consulta de reumatología del Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar". Maturín- Estado Monagas, Venezuela, 2006. Encontraron que, 62% de los usuarios estudiados poseen información sobre las generalidades de la osteoporosis, 71% de usuarios poseen poco conocimiento de la enfermedad en cuanto a las medidas preventivas, especialmente en los hábitos alimentarios y control médico, por lo que concluyen: Estos resultados evidencian el desconocimiento en la

prevención que tienen los usuarios con problemas de osteoporosis. Los cuales respaldan la importancia de diseñar un programa educativo para promover la prevención en usuarios en riesgo de padecer osteoporosis, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Los resultados hallados en la presente investigación coinciden con los resultados encontrados por los autores antes mencionados. Por ello creemos que el conocimiento es fundamental para que las mujeres premenopáusicas inicien su autocuidado a fin de prevenir la osteoporosis.

Se concluye que la aplicación del programa educativo es efectiva, puesto que las mujeres premenopáusicas con conocimiento regular pasaron a tener un nivel de conocimiento bueno, asimismo el porcentaje de mujeres con conocimiento malo se ha reducido significativamente. Por otra parte, la enfermería debe contemplar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como estrategia fundamental para mejorar la salud de la población. En este sentido, la labor de la enfermera en atención primaria, tanto de forma individualizada, como en intervenciones grupales, es fundamental que priorice las intervenciones educativas para la modificación de las conductas de riesgo y fomento de hábitos saludables.

Asimismo, desde el marco de la promoción de la salud, en el que encuadra la educación para la salud como elemento clave, debe modificar estrategias de intervención educativa orientada hacia la adquisición de conocimientos y habilidades de las mujeres premenopáusicas.

En el **GRAFICO 02**, sobre grado de instrucción de las pre-menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta, en su mayoría, fueron sin grado de instrucción y primaria; luego, de aplicar el programa educativo sobre prevención de osteoporosis se logró un efecto positivo en el nivel de conocimiento.

Al respecto, Bolívar y Col ⁽⁵⁾, en el estudio titulado: Programa educativo de prevención de osteoporosis dirigido a los usuarios que asisten a la consulta de reumatología del Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar”, Maturín- Estado Monagas, Venezuela, 2006; concluyeron que los usuarios de la consulta de Reumatología poseen niveles bajos de instrucción, por lo que señalaron que la información sobre las generalidades de la osteoporosis que tienen, es muy deficiente y de igual manera tienen una información muy deficiente sobre las medidas preventivas de la osteoporosis. Sin embargo, los resultados obtenidos ampara la eficacia de aplicar un programa educativo.

Nieto Blanco y col ⁽²⁸⁾ señalan que las mujeres tienen problemas de salud y necesidades específicas y mediante la educación para la salud (EPS) intentaron contribuir a disminuir el impacto negativo que tiene la osteoporosis en la salud de la mujer, incrementando los conocimientos, las aptitudes y habilidades, mediante el desarrollo activo de sus potenciales naturales, fomentando su autocuidado.

Los resultados encontrados concuerdan con lo señalado por las autoras lo cual nos permite afirmar que el grado de instrucción bajo no es una barrera para el éxito del programa educativo. Así tenemos que antes de la aplicación del programa las madres sin instrucción con conocimiento malo pasaron a tener un nivel de conocimiento regular, las madres con grado de instrucción primaria de regular pasaron a tener un nivel de conocimiento bueno. Estos resultados indican la alta efectividad del programa educativo en la prevención de la osteoporosis.

En conclusión, el programa educativo sobre osteoporosis, nos facilitó la información sanitaria, de esta manera permitió mejorar los niveles de conocimientos, las habilidades y las actitudes en las mujeres que recibieron. Por lo tanto, las mujeres aumentaron y mejoraron sus conocimientos sobre Osteoporosis.

En cuanto a los conocimientos básicos (**GRAFICO 03**) como: definición de osteoporosis, causa de la osteoporosis, órgano que afecta, su relación con las fracturas y los síntomas más frecuentes, la aplicación del programa educativo sobre osteoporosis ha tenido un efecto positivo en el conocimiento de las mujeres pre menopáusicas, estos resultados muestran que estos conocimientos fueron potenciados por este programa, y tuvieron alta efectividad en el conocimiento de las mujeres pre menopáusicas.

Al respecto, Farías Zapata y col. ⁽⁸⁾, revelan que es evidente que el conocimiento de los entrevistados en cuanto a la osteoporosis es reducido, aunque debe reconocerse que en algunos casos poseen el conocimiento adecuado. Tal vez algunas respuestas podrían atribuirse a una relación lógica con la explicación que se dio, a propósito del estudio, a los entrevistados.

Por otra parte, Pérez R.⁽²⁹⁾, en su trabajo, señala: con una intervención educativa sencilla, dos charlas interactivas, observaron como las mujeres han respondido de forma positiva, se han producido modificaciones en conocimientos, actitudes y comportamientos. Estos cambios se han visto reflejados en varios aspectos: las mujeres del grupo que se intervino mantienen su peso, han mejorado sus hábitos dietéticos, se exponen más al sol pero con protección y por último, realizan más ejercicio. Para comprobar objetivamente si la intervención ha sido efectiva, también realizaron por una parte, una evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, y por otra parte, han medido los niveles de DMO.

En líneas generales nuestros resultados concuerdan con los citados en los párrafos anteriores; en consecuencia, la aplicación del programa educativo fue efectiva en el incremento del conocimiento sobre la osteoporosis. La aplicación del programa educativo elevó los porcentajes del nivel de conocimiento sobre la causa de la osteoporosis, efecto sobre huesos, los principales síntomas y su relación con las fracturas.

En conclusión, las mujeres pre-menopáusicas, están en la obligación de conocer sobre la osteoporosis, saber que la información pueden contribuir a la mejora y mantenimiento de su salud, y como debe enfrentarse a la enfermedad. Por lo tanto, la Enfermera en su rol educativo debe aplicar todas las herramientas necesarias para difundir la información sobre la osteoporosis que permitan a las usuarias, tener conocimiento que las hagan capaces de adoptar comportamientos saludables para aumentar su calidad de vida.

Por lo tanto, el programa educativo no es sólo proveer información sobre hábitos sanos o sobre la enfermedad. Tiene que ser una actividad que suponga el aprendizaje y que aborde los conocimientos, las actitudes y las habilidades dirigidas a facilitar cambios en las conductas de las pre-menopáusicas, tanto individuales como colectivos, para conseguir determinadas metas en salud. El profesional de enfermería debe actuar como facilitador, y no debe aceptar toda la responsabilidad del cambio, sino que su objetivo es capacitar a la mujer pre-menopáusica objeto de la intervención educativa para que pueda adoptar voluntariamente el comportamiento propuesto. Pero es la propia mujer la que voluntariamente acepta las modificaciones de comportamientos o estilos de vida que puedan mejorar su salud. Solo si ha interiorizado este proceso, el cambio en los comportamientos perdurará.

En el **GRAFICO 4 y 5**: Los conocimientos sobre cuidados preventivos como: el uso de la vitamina D, ingesta de calcio y consumo de alimentos

con alto contenido de calcio. Visita periódica al médico y el diagnóstico por densitometría, antes de la aplicación del programa educativo fueron regulares, pero con la aplicación del programa se potenciaron estos conocimientos, por lo que se afirma la efectividad del programa educativo.

Al respecto, Waller y col. ⁽³⁰⁾ encontraron diferencia significativa en el conocimiento entre los grupos previo a una intervención educativa sobre conocimientos de osteoporosis y cuidados preventivos, el grupo de estudio tuvo un marcador alto de acuerdo al número total de preguntas respondidas correctamente. Habiendo encontrado diferencia en el nivel de conocimiento entre sus dos grupos de estudio.

Asimismo, Ribeiro y col.(1998)⁽³¹⁾, valoraron el conocimiento de la mujer y prácticas para la prevención y tratamiento de osteoporosis en un estudio realizado en 185 religiosas, a través de un cuestionario. Resultó que el 94% han oído o leído algo sobre osteoporosis, sin embargo, el 33% pudo identificar un solo factor de riesgo correctamente; el 15% identificaron aquellos factores que no se pueden cambiar como la raza, historia familiar de osteoporosis, estructura pequeña o delgada, y el 10% a la vida sedentaria y la baja toma de calcio como factor de riesgo.

Barreira y Sampson,⁽³²⁾ realizaron un estudio con una muestra de 143 mujeres, a fin de valorar el conocimiento sobre osteoporosis, los resultados fueron de los 143 casos sólo respondieron correctamente las preguntas sobre conocimiento 49%, lo cual según los autores podría

sugerir que la población estudiada, no cuenta con información suficiente o accesible para responder afirmativa o negativamente a cuestionamientos sobre factores de riesgo para osteoporosis.

Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado en el presente estudio, dado que el mayor porcentaje mostraron un nivel de conocimiento regular antes de aplicar el programa educativo; sin embargo, la prevalencia con mayor porcentaje fueron justamente aquellos donde se supone que pueden ser modificables a través del conocimiento sobre cuidados preventivos.

En conclusión, los hallazgos en el presente estudio demostraron que un porcentaje significativo aun no conocen sobre la frecuencia de realizarse la densitometría ósea. Las mujeres pre-menopáusicas, aún no han comprendido por completo la importancia de los cuidados preventivos. Por otra parte, la densidad mineral ósea máxima de una persona está determinada en parte por la ingestión de calcio en la dieta. De lo antes citado se puede argumentar que para evitar este tipo de problemas es de suma importancia tener relación en cuanto a la ingesta de alimentos rica en calcio y vitamina D.

Sobre los factores de riesgo (**GRAFICO N° 06**) como el consumo excesivo de cafeína, alcohol, y tabaco, los resultados indican que, 71,4% de pre-menopáusicas sabía que el consumo de tabaco predisponía la

aparición de la osteoporosis, 45,7% conocía que se debe consumir menos alcohol y 42,9% menos cafeína.

Al respecto, el MINSA⁽³⁾ refiere que: los fumadores tienen mayor riesgo de sufrir osteoporosis que los no fumadores. Por ejemplo, fumar puede cambiar los niveles hormonales del cuerpo y puede interferir en la absorción de calcio.

Mendoza y Col⁽³³⁾ su investigación sobre osteoporosis en mujeres mexicanas mayores de 40 años mencionan que los factores de riesgo prevalentes son la falta de reemplazo hormonal, antecedentes de ingesta de medicamentos y enfermedades relacionadas con el desarrollo de osteoporosis, alto consumo de café y baja ingesta de calcio.

Barreira y Sampson⁽³²⁾ y Waller y col.⁽³⁰⁾ realizaron estudios de intervención educativa sobre conocimientos de osteoporosis, encontraron diferencia significativa en el conocimiento entre los dos grupos de estudio, previo a una intervención educativa sobre conocimientos de osteoporosis.

Nuestros resultados confirman lo citado por los autores mencionados, por lo que podemos deducir que los conocimientos sobre factores de riesgo fueron incrementados después de la aplicación del programa educativo y por ello podemos afirmar la efectividad del mencionado programa en el conocimiento sobre factores de riesgo de la osteoporosis.

Por lo que se concluye, que las mujeres pre-menopáusicas que acuden al consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta; lograron tener un nivel de conocimiento alto después de la aplicación del programa educativo sobre osteoporosis, factores de riesgo y medidas de prevención.

En relación a la fuente de información (**GRAFICO 07**), es muy preocupante, pues la gran mayoría (54,3%) no recibió información, igualmente 11.4% de pre-menopáusicas recibió información de la enfermera y de la TV, radio y revistas, 8,6% del médicos y obstetras, 2,9% del farmacéutico y otras personas, respectivamente.

Al respecto, la National Osteoporosis Foundation⁽¹⁸⁾ menciona que el conocimiento sobre osteoporosis es fundamental para la prevención de las consecuencias de la osteoporosis. Investigaciones recientes informan que la osteoporosis es la causa más común de fracturas, afectando al 20% de las mujeres pos-menopáusicas en EEUU y se estima una población de 7,8 millones a nivel mundial y que el año 2040 el problema se habrá triplicado. El riesgo de por vida de sufrir una fractura a partir de los 50 años es de 40% para las mujeres y de un 13% para los hombres, debido a la osteoporosis

La educación para la salud o educación sanitaria pretende que las personas estén mejor preparadas para pensar para sí mismas, tomar sus propias decisiones y fijarse metas realistas. Es un proceso que se debe

llevar a cabo en distintas etapas. Su objetivo es modificar las actitudes, para reducir tanto el impacto físico, como el psicológico de la osteoporosis, mejorar la calidad de vida y educar desde la práctica, favorecer la adherencia terapéutica, y facilitar los cambios positivos en los estilos de vida para mejorar la calidad de la misma.

Un conocimiento óptimo permitirá a la población a poner en práctica una estrategia denominada Autocuidado, que es sinónimo de autonomía. Es ser capaz de manejar la enfermedad o salud en la vida diaria y ante complicaciones imprevistas, pudiendo de esta manera prevenirlas o retrasarlas.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. La atención sanitaria debe contemplar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Una de las estrategias para conseguirlo es fomentar el autocuidado.

Asimismo, la pre-menopausia es una etapa del climaterio, época muy importante en la salud de la mujer. Coincide con acontecimientos vitales derivados de la edad, situación familiar y social. Las mujeres presentan puntos de vista muy diferentes de este periodo. Algunas lo perciben de forma negativa, disminuyen sus relaciones sociales, sienten aumento del dolor y peor estado físico y menor apoyo social.

En los últimos años la atención a la mujer en este periodo no solo trata los síntomas biológicos, al incorporar programas educativos enfocados a la prevención y promoción de la salud, orientados al desarrollo de sus conocimientos sobre autocuidado. Para conseguir estos objetivos, al proceso asistencial hay que incorporar programas y actividades de educación para la salud, que incidan en los factores que tengan mayor peso en la salud de la mujer, susceptibles de ser modificados por las intervenciones educativas, como son las actitudes, los sentimientos, las creencias, los valores y los comportamientos que afecten a los estilos de vida.

Si bien en nuestro país, no existen estudios epidemiológicos en grupos grandes que estén actualizados, este trabajo brinda información valiosa para el entendimiento de la dimensión que la osteoporosis tiene, y el problema de salud pública que implica.

CONCLUSIONES

1. Se estudiaron 35 mujeres pre-menopáusicas que acuden al Consultorio Gineco-Obstétrico del Hospital de Apoyo de Huanta, cuya característica fue, antes de aplicación del programa preventivo, el nivel de conocimiento sobre osteoporosis de las mujeres pre-menopáusicas es deficiente (25.8%). Después de la aplicación del programa preventivo sobre osteoporosis ellas mostraron nivel de conocimiento bueno (68.6%). Por lo tanto, estos resultados indican la alta efectividad del programa educativo en la prevención de la osteoporosis.
2. Hay un alto porcentaje de mujeres sin estudios (31.4%) y con primaria (54.3%), condición que no es una barrera para el éxito del programa educativo. Así tenemos que antes de la aplicación del programa las madres sin instrucción con conocimiento malo (25.7%) pasaron a tener un nivel de conocimiento regular (25.7%).
3. Lo que más desconocían sobre la osteoporosis son los factores de riesgo, incluso sobre el examen de densitometría para el diagnóstico de la enfermedad, lo que cambió después de la aplicación del programa educativo.
4. Finalmente, el mayor porcentaje de mujeres señalaron no haber recibido información sobre prevención de osteoporosis (54.3%) y solo un pequeño porcentaje recibieron información de: enfermera y

por revistas, radio y televisión un 11.4% respectivamente; médico y obstetra un 8.6% respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. El Hospital de Apoyo de Huanta debe priorizar mensajes de sensibilización educativa dirigidas especialmente a las mujeres premenopáusicas para buscar estrategias, para dar a conocer las medidas preventivas y los factores de riesgo sobre osteoporosis a la población aquí estudiada, ya que muchas de las mujeres desconocen los factores de riesgo.
2. Los resultados de este trabajo, pueden servir de base para estudios de intervención para la prevención de esta enfermedad.
3. A futuro, realizar estudios donde se incluya el peso de cada factor de riesgo para el desarrollo de la osteoporosis, a través de diseños de casos y controles.
4. Ante los resultados obtenidos se recomienda realizar estudios que profundicen en el conocimiento sobre factores de riesgo, medidas de prevención y enfermedad de osteoporosis, y su relación con la presencia o ausencia de los mismos en dicho grupo poblacional.
5. Al sector salud para que implemente la aplicación del programa sobre prevención de la osteoporosis propuesto en la presente investigación, puesto que su eficacia ha sido evidente.
6. A la Facultad de Enfermería para que se promueva investigaciones sobre el tema con nuevas metodologías.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Agencia Peruana de Noticias. Todos los derechos reservados.
Disponible en: E-mail: webmaster_andina@editoraperu.com.pe
2. OMS. Salud 21: Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
3. MINSA. Muévete por una vida sin osteoporosis. Lima-Perú. 2012
Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/osteoporosis/>
4. López C., Castillón F. y otros. Taller de educación para la salud sobre prevención de osteoporosis en mujeres. efectividad de una intervención enfermera en atención primaria. Centro de Salud de Moralzarzal. Dirección Asistencial Noroeste de Atención Primaria de Madrid. Dirección Asistencial Noroeste de Atención Primaria de Madrid, 2012
5. Bolívar M, Bolívar M. Programa educativo de prevención de osteoporosis dirigido a los usuarios que asisten a la consulta de reumatología del hospital universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar". Maturín – Estado Monagas, Venezuela, 2006. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.
6. González L., Espinosa F. y otros. Estilo de vida saludable en la prevención de la osteoporosis en la mujer climatérica. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2007 [citado 2013 Feb 11].
Disponibile en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script>.

7. Masoni A., Morosano M., y otros. Factores de riesgo para osteoporosis y fracturas de cadera: Análisis multivariado. Medicina (B. Aires) [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado 2013 Feb 11]; 67(5): Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script.>
8. Farias Z, Gabriela R. y otros. Factores de riesgo de Osteoporosis en personas mayores de 35 años, Tesis para optar licenciatura en Enfermería. Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Región Coatzacoalcos-Minatitlán, México, 2008.
9. Rojas T. y Bendezú A. Prácticas preventivas de complicaciones de osteoporosis en mujeres climatéricas atendidas en el Hospital tipo II Essalud. Huamanga, Tesis para optar licenciatura en enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho, 2007.
10. Torres A., López-P y otros. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. Nutri Clin Diet Hosp. 2008; 28(3).
11. DUGAS, B (2000). Tratado de Enfermería Práctica. 4°. Edición McGraw – Hill. Interamericana. México.
12. Larousse conciso ilustrado (2001) Diccionario Ilustrado. Ediciones Larousse. México

13. Frías Osuna A. Enfermería comunitaria. 1º ed. Barcelona. Masson: 2000
14. Turabian, K. L. Niveles de Prevención en Salud. Material impreso. Escuela de Salud Pública. U. C. V. Venezuela. 1995
15. Abad, J. M (1999) ABAD, J. M (1999) Estudios de los Niveles de Atención en Venezuela. Material Impreso. U. C. V. Venezuela.
16. OMS/FAO Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. 2005
17. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention Diagnosis and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA. 2001;285(6).
18. *Osteoporosis in Europe: Indicators of progress*. Nyon (Switzerland): International Osteoporosis Foundation (IOF); 2005.
19. National Institutes of Health Osteoporosis and Related Bone Disease-National Resource Center. Disponible en: <http://www.osteoporosis.org> 2004
20. Kanis JA, Johnell O, De Laet C, et al. (2002) International variations in hip fracture probabilities: implications for risk assessment. J Bone Miner Res 17:1237
21. National Osteoporosis Society. Disponible en: <http://www.nos.org.uk/> 2004
22. Osteoporosis. *A Worldwide Problem and the Implications in Asia* by EMC Lau 2002. Disponible en: www.annalsmed.org

23. Masoni A., Morosano M y otros. Factores de riesgo para osteoporosis y fracturas de cadera: Análisis multivariado. Medicina (B. Aires) [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado 2013 Feb 14]; 67(5). Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script.>
24. Gispert C. (2000) Medicina preventiva sobre osteoporosis. 1ra Edición. Editorial medica Panamericana. Colombia – Bogotá, 2000.
25. Bermejo J. Salir de Noche por una Enfermería Humanizada. Editorial Sal Terrac. España, 1999.
26. Revista Iberoamericano Guía de práctica clínica sobre la menopausia y pos menopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; España. 2004.
27. Menopausia. Disponible en:
<http://www.enplenitud.com/la-pre-menopausia.>
28. Nito Blanco E., Barquero Blázquez H. y otros. Proyecto Marco de Educación para la Salud: Climaterio. Comunidad Autónoma de Madrid. España 2003.
29. Pérez R. Tesis Doctoral: Evaluación de un programa de educación sanitaria para la prevención de osteoporosis en mujeres perimenopáusicas de un entorno rural marzo. 2011
30. Waller, Eriksson, y otros, et al. (2002), el conocimiento de la osteoporosis en un municipio sueco en Valdstena Suecia.

31. Ribeiro, Blakeley y Larrea (1998). conocimientos y prácticas de las mujeres con respecto a la prevención y tratamiento de la osteoporosis. Health Care for Women International.
32. Barreira, M.E.& Sampson, Z.E.(1999). Las mujeres evalúan sus factores de riesgo para osteoporosis. Revista de Ginecología y Obstetricia de México.
33. Mendoza RMA, Escalante PJM y otros. Osteoporosis en mexicanas mayores de 40 años. Determinación por densitometría. Rev. Med. IMSS. 2003: 41 (3).

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
N°

FECHA.....

ANEXO A

FICHA DE DATOS

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de los Programa de intervención Educativa en la prevención de la osteoporosis en mujeres pre-menopáusicas de Huanta.

Quisiéramos pedir tu ayuda para que contestes con sinceridad algunas preguntas que no te llevará mucho tiempo, no hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo debes responder una sola opción.

Tus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Muchas gracias por tu colaboración

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
Nº.....

FECHA.....

ANEXO A
FICHA DE DATOS

DATOS DE LA MADRE

1. Nivel educacional
 - No fue a la escuela ()
 - Nivel primario o secundario ()
 - Preuniversitarias o técnicas ()
 - Universitarias ()

2. Edad
 - 35 – 39 ()
 - 40 - 44 ()
 - 45 - 48 ()

3. Lugar de residencia
 - Urbana ()
 - Rural ()
 - Urbano marginal ()

4. Número de hijos
 - < 2 ()
 - 3 - 4 ()
 - Más de 4 hijos ()

5. Menarquía:
 - < De 12 años ()
 - >De 12 años ()

6. Abortos:
 - 1 – 2 ()
 - Más de 2 ()
 - No tuvo ()

7. ¿Consultó con un profesional sobre la osteoporosis:
SI () NO ()

8. ¿A cuál de los profesionales?
 - Médico ()
 - Enfermera ()
 - Técnica de enfermería ()
 - Obstetra ()
 - Farmacéutico ()
 - TV, radio y revistas ()
 - Otras personas ()

ANEXO B
CUESTIONARIO

- 1. La osteoporosis es la disminución de la:**
 - a. ___ Masa ósea.
 - b. ___ Actividad Física.
 - c. ___ Menstruación.

- 2. La osteoporosis es una enfermedad que afecta los:**
 - a. ___ Riñones.
 - b. ___ Ovarios.
 - c. ___ Huesos.

- 3. La osteoporosis es causada por la falta de:**
 - a. ___ Oxígeno.
 - b. ___ Calcio.
 - c. ___ Vitamina E.

- 4. Entre los signos y síntomas de la osteoporosis se tiene:**
 - a. ___ Dolor de cabeza.
 - b. ___ Fiebre.
 - c. ___ Dolor en la columna y cadera.

- 5. Las complicaciones de la osteoporosis están relacionada a:**
 - a. ___ Mareos.
 - b. ___ Hongos en las manos.
 - c. ___ Fracturas en los huesos.

- 6. Las fracturas más comunes se dan en:**
 - a. ___ Tobillo.
 - b. ___ Cráneo.
 - c. ___ Columna.

7. Para determinar la osteoporosis el médico indica:

- a. ___ Hematología completa.
- b. ___ Densitometría ósea.
- c. ___ Examen de Orina.

8. Los medicamentos empleados para controlar la osteoporosis son:

- a. ___ Atamel y Cafenol.
- b. ___ Cafenol y vitaminas.
- c. ___ Calcio y Vitamina D.

9. El calcio se ingiere:

- a. ___ Una vez al día.
- b. ___ Dos veces al día.
- c. ___ Tres veces al día.

10. Las dosis de vitamina D, están comprendida en:

- a. ___ 400 uds – 800 uds diario.
- b. ___ 200 uds – 300 Uds diario.
- c. ___ 100 uds _ 50 uds diario.

11. El reemplazo de hormona por medicamento evita:

- a. ___ Pérdida de masa ósea.
- b. ___ Pérdida de la vista.
- c. ___ Pérdida de peso.

12. Los factores de riesgos están relacionado a:

- a. ___ Obesidad, taquicardia, fiebre.
- b. ___ La raza, edad, sexo.
- c. ___ Diarrea, vómitos, dolor en la cara.

13. Se debe consumir vitamina D por medio de:

- a. ___ Harina.
- b. ___ Huevo.
- c. ___ Tomate.

14. Uno de los medios para controlar la osteoporosis es:

- a. ___ Alimentación abundante.
- b. ___ Consulta médica.
- c. ___ Ejercicios físicos al sol.

15. La ingesta de calcio empieza desde la:

- a. ___ Niñez.
- b. ___ Edad adulta.
- c. ___ Edad senil.

16. El calcio se consume por medio de:

- a. ___ Bebidas gaseosas, jugos naturales o agua natural.
- b. ___ Vitaminas, compotas o sopas.
- c. ___ Yogurt, leche y huevos.

17. La visita periódica al médico se debe realizar:

- a. ___ Una vez al mes.
- b. ___ Dos veces al año.
- c. ___ Tres veces al año.

18. La densitometría ósea debe practicarse:

- a. ___ Una vez al año.
- b. ___ Dos veces al año.
- c. ___ Tres veces al año.

19. Al ingerir cafeína se contribuye a que:

- a. ___ Descalcifiquen los huesos.
- b. ___ Aumenten las infecciones respiratorias.
- c. ___ Aumenten las infecciones en los riñones.

20. El alcoholismo contribuye a:

- a. ___ Parasitosis intestinal.
- b. ___ Infección en la piel.
- c. ___ Osteoporosis.

21. El exceso del consumo de cigarrillo o tabaco contribuye a:

- a. ___ La disminución de masa ósea.
- b. ___ Mantener los huesos fuertes.
- c. ___ Regular la presión arterial.

22. Un medio de prevenir la osteoporosis es:

- a. ___ Mantener la actividad física.
- b. ___ Disminuir la actividad física.
- c. ___ Realizar ejercicios fuertes.

23. La actividad física contribuye a:

- a. ___ Mantener los riñones fuertes.
- b. ___ Los huesos se fortalezcan.
- c. ___ Las uñas sean más resistentes.

24. El horario para realizar caminatas está comprendido:

- a. ___ En la mañana 1 hora.
- b. ___ En la tarde 2 Horas.
- c. ___ En la noche 3 horas.

TABLA DE EVALUACION

BUENA	17 - 24
REGULAR	09 - 16
DEFICIENTE	0 - 08

PATRON PARA CORREGIR

Preguntas.	Correctas.
1	a
2	c
3	b
4	c
5	c
6	c
7	b
8	c
9	a
10	a
11	a
12	b
13	b
14	c
15	a
16	c
17	a
18	a
19	a
20	c
21	a
22	a
23	b
24	a

ANEXO C

PROGRAMA PREVENTIVO PROMOCIONAL

PRIMERA SESIÓN EDUCATIVA				
OBJETIVOS EDUCATIVOS:				
<ul style="list-style-type: none"> • Crear sensación de grupo • Informar sobre la estructura y metodología del programa • Evaluar los conocimientos previos 				
CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
Presentación de las Educadoras y el Grupo	Coloquio	Grupos	10 minutos	Bolígrafos/ papeles
Presentación del programa	Expositiva	Grupos	10 minutos	Ordenador + PowerPoint
Evaluación de conocimientos previos	Pre test	Individualizada	15 minutos	Bolígrafos Cuestionario
SEGUNDA SESIÓN EDUCATIVA				
OBJETIVOS EDUCATIVOS:				
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar el climaterio, menopausia, pre menopausia y post menopausia. • Conceptualizar la prevención. 				
CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
La menopausia, pre menopausia, post menopausia y climaterio Prevención	Tormenta de ideas Expositiva	Grupo Grande	10 minutos 25 minutos	Rotafolio- pizarra Bolígrafos Ordenador + PowerPoint
Rueda y cierre	Coloquio	Grupo Grande	15 minutos	
TERCERA SESIÓN EDUCATIVA				
OBJETIVOS EDUCATIVOS:				
<ul style="list-style-type: none"> • Analizar el concepto de Osteoporosis y sus consecuencias • Conocer los criterios diagnósticos • Identificar factores de riesgo • Conocer el tratamiento farmacológico 				

CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
Osteoporosis: Introducción	Expositiva	Grupo Grande	35 minutos	Ordenador + PowerPoint
Caso Clínico	Análisis (caso clínico)	Grupo de 4/ Grupo Grande	35 minutos	Ejercicio: Caso clínico Bolígrafos /papeles Ordenador + PowerPoint
Rueda y cierre	Coloquio	Grupo Grande	15 minutos	

CUARTA SESIÓN EDUCATIVA

OBJETIVOS EDUCATIVOS:

- Identificar y analizar la importancia de la dieta como medida preventiva de la Osteoporosis.
- Conocer y analizar la Rueda de los Alimentos y los componentes de una dieta equilibrada adaptada a nuestros requerimientos personales.
- Conocer la frecuencia de ingesta semanal de cada alimento.
- Identificar los alimentos con alto contenido en Calcio y Vitamina D
- Mejorar la prevención de la osteoporosis.

CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	Tº	RECURSOS
Introducción a la sesión	Expositiva Coloquio	Grupo Grande	10 min	-Ordenador + PowerPoint - Bolígrafos / papeles
Osteoporosis: Dieta Equilibrada	Expositiva Ejercicio práctico	Grupo Grande Grupo de 5	65 min	-Ordenador + PowerPoint - La rueda de los alimentos -Juguetes - Tablas alimentos - Hoja
Rueda y cierre	Coloquio	Grupo Grande	15 min	

QUINTA SESIÓN EDUCATIVA

OBJETIVOS EDUCATIVOS:

- Conocer la importancia de un entorno seguro para la prevención de caídas
- Identificar y analizar la importancia de la actividad física como medida preventiva de la Osteoporosis
- Conocer y practicar ejercicios recomendados para prevenir la Osteoporosis
- Identificar y analizar la importancia de adoptar hábitos de vida saludables para prevenir la osteoporosis (tabaco, alcohol, café, sol)

CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	Tº	RECURSOS
Introducción a la sesión	Expositiva Coloquio	Grupo Grande	5 min	Ordenador + PowerPoint
Osteoporosis: Actividad Física Hábitos saludables	Expositiva Foto-palabra Coloquio Ejercicio práctico	Grupo Grande Grupo Grande	45 min	Ordenador + PowerPoint Colchonetas Fotos corrección postural Hoja ejercicios y corrección postural
Osteoporosis: Estilos de Vida	Expositiva	Grupo Grande	15 min	Ordenador + PowerPoint

SESION FINAL

OBJETIVOS EDUCATIVOS

- Observar los cambios producidos (conocimientos, habilidades y (o actitudes) sobre el tema tras realizar el taller.
- Recordar lo más importante: la prevención e insistir en la puesta en práctica de lo aprendido.
- Compartir experiencias.

CONTENIDOS	TÉCNICA	AGRUPACIÓN	TIEMPO	RECURSOS
Evaluación de conocimientos	Cuestionario	Individualizada	15 minutos	Cuestionario
Rueda, cierre del taller y despedida	Coloquio	Grupo Grande	5 minutos	Ordenador + PowerPoint Hoja consejos OP

RESULTADOS

CUADRO 01: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE-MENOPAUSICAS DEL CONSULTORIO DE GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013

	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
BUENO	4	11.4	24	68.6
REGULAR	22	62.8	10	28.6
MALO	9	25.8	1	2.9
TOTAL	35	100	35	100

Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre-menopáusicas. Ayacucho– 2013

CUADRO N° 02: PRE TEST- NIVEL DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE OSTEOPOROSIS EN MUJERES EN PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013

			Disminución de la masa ósea	Afecta a los huesos	Causada por falta de calcio	Síntomas más frecuentes	Relacionado con fracturas
PRE TEST	Conoce	Nº	9	28	24	24	24
		%	25,7	80	68,6	68,6	68,6
	No conoce	Nº	26	7	11	11	11
		%	74,3	20	31,4	31,4	31,4
POS TEST	Conoce	Nº	34	31	30	30	32
		%	97,1	88,6	85,7	85,7	91,4
	No conoce	Nº	1	4	5	5	3
		%	2,9	11,4	14,3	14,3	8,6

Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre-menopáusicas. Ayacucho– 2013

CUADRO N° 03: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN OSTEOPOROSIS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MUJERES EN PRE MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013

			sin grado	primaria	secundaria	universitario	TOTAL
PRE TEST	BUENO	Nº	0	1	1	2	4
		%	0	2,9	2,9	5,7	11,5
	REGULAR	Nº	2	18	1	1	22
		%	5,7	51,4	2,9	2,9	62,9
	MALO	Nº	9	0	0	0	9
		%	25,7	0	0	0	25,7
POS TEST	BUENO	Nº	1	18	2	3	24
		%	2,9	51,4	5,7	8,6	68,6
	REGULAR	Nº	9	1	0	0	10
		%	25,7	2,9	0	0	28,6
	MALO	Nº	1	0	0	0	1
		%	2,9	0	0	0	2,9

Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre-menopáusicas. Ayacucho– 2013

CUADRO N°04: POS TEST NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES EN PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013

			La vitamina D se consume por	La ingesta de calcio se inicia	Alimentos donde se encuentra el calcio
PRE TEST	Conoce	Nº	26	15	28
		%	74,3	42,9	80
	No conoce	Nº	9	20	7
		%	25,7	57,1	20
POS TEST	Conoce	Nº	32	26	32
		%	91,4	74,3	71,4
	No conoce	Nº	3	9	3
		%	8,6	25,7	8,6

Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre-menopáusicas. Ayacucho– 2013

CUADRO N°05: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES EN PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013

			Visita periódica al medico	Frecuencia de densitometría
PRE TEST	Conoce	Nº	11	10
		%	31,4	28,6
	No conoce	Nº	24	25
		%	68,6	71,4
POS TEST	Conoce	Nº	26	18
		%	74,3	48,6
	No conoce	Nº	9	17
		%	25,7	51,4

Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas. Ayacucho– 2013

CUADRO N° 06: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES EN PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE GINECO-OBSTETRICO DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA, 2013

			efecto de la cafeína	Efecto del alcohol	Efecto del tabaco
PRE TEST	Conoce	Nº	15	15	26
		%	42,9	42,9	74,3
	No conoce	Nº	20	20	9
		%	57,1	57,1	25,7
POS TEST	Conoce	Nº	26	32	31
		%	74,3	91,4	88,6
	No conoce	Nº	9	3	4
		%	25,7	8,6	11,4

Fuente: Test de Maturín aplicada a mujeres pre menopáusicas. Ayacucho– 2013