

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN  
DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS  
MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA  
CONSULTA DE GINECOLOGIA DEL IPAS-ME  
EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2005.**

**AUTORAS:**

Cabrita Zoraida

**C.I:**5.542.308

González Naudis

**C.I:**9.416.732

Muria Angelina

**C.I:**5.431.225

**TUTORA:**

**LIC.** Rosario Sánchez

Caracas, Mayo de 2.005.

**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN  
DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS  
MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA  
CONSULTA DE GINECOLOGIA DEL IPAS-ME  
EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2.005.**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi carácter de tutor del T.E.G. presentado por: Cabrita Zoraida, González Naudis, Muria Angelina., para optar al título de Licenciado en Enfermería. Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 200\_.

---

Lic. Rosario Sánchez.  
C.I. N°: \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

**A MI DIOS TODOPODEROSO**, por haberme permitido alcanzar esta meta.

**A MIS PADRES**, por darme apoyo espiritual y brindarme día a día aliento y esperanza.

A mis compañeras de trabajo y coordinadoras del Hospital Algodonal y Miguel Pérez Carreño, Lic. Ninfa Barrueta y la Coordinadora Lic. Scarlet Díaz.

A todas las licenciadas, especialmente Doris Alfaro, Sara Jiménez.  
A mi tutora Lic. Rosario Sánchez, quien sacrificó parte de su tiempo dándonos todo su conocimiento. Que mi dios todopoderoso le de años de vida y salud para que siga ayudando a todos los estudiantes que la necesiten. **AMEN.**

**A MI HIJA HAILYN**, que ha dedicado parte de su tiempo, noches de sueños y días de angustia para que yo logre el sueños de ser una Licenciada más de la República.

**A MI HIJA EMILY**, que me ayudo haciendo posible este logro y alcanzar esta meta.

**Angelina.**

## **DEDICATORIA**

**A MI DIOS TODOPODEROSO**, por ser tan generoso y permitir estar aquí en cuerpo, alma, vida y corazón durante el logro de esta gran meta.

**A MIS PADRES**, Juan y Esperanza por su gran apoyo y haber inculcado en mí el crecimiento personal y la superación.

**A MIS HERMANOS**, Alis y Wuiliams por su apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo especial de grado, por su constancia y preocupación para culminar con éxito.

**A MI HIJO JUAN CARLOS**, por ceder tal vez su tiempo de atención materna y tener tanta paciencia.

**A MI ESPOSO CARLOS**, por su cariño, apoyo, comprensión y espera.

**A MIS COLEGAS**, Angelina y Zoraida por su fortaleza, por su espera y estímulo a unirnos en tiempos de desalientos, el apoyo de una con las otras sin desmayar en nuestra meta.

Que el **DIOS TODOPODEROSO**,  
los vea con bondad.

**A TODOS GRACIAS.**

**Naudis.**

## **DEDICATORIA**

Antes que nada le dedico este triunfo a Dios, por guiarme, acompañarme y porque sin su nobleza y bondad nada de esto fuera posible.

A mi **mami**, por ser lo más grande y lo más valioso que tengo por darme sus bendiciones cada día y por haber hecho de mi una persona íntegra, responsable y con visión de futuro. A mis hijas, por ser mi inspiración para superarme y ser cada día mejor, El pilar fundamental de mi familia y mi principal apoyo para forjarme el camino hacia un futuro mejor. A ellas, quienes han sido la base primordial para llevar a cabo la culminación de esta meta para seguir alcanzando objetivos de superación y a quienes doy gracias por ser mis hijas y amigas ejemplares, por enseñarme con sus sabios consejos a actuar con humildad y rectitud, a preservar y a sentir pasión por lo que deseo y por ayudarme a comprender que la perseverancia es la base de los grandes proyectos. A mi mamá **ELIANA SANOJA** y a mi padre **PIO CABRITA** por su apoyo, su preocupación, su colaboración y por estar siempre a mi lado de la manera más noble y sincera que jamás he podido imaginar. A ustedes que son las dos personas más importantes de mi vida y sin ustedes nada de esto tendría sentido, muchas Gracias por su incondicional y valioso amor con el cual han contribuido a la materialización de esta meta y de este sueño, esperando que observen con orgullo muchos más.

Que Dios los Bendiga y recuerden siempre que los Quiero Mucho.

**Zoraida.**

## AGRADECIMIENTO

A las Autoridades Directivas y Medicas del IPAS–ME, de las consultas de Ginecología y Reumatología, a las colegas enfermeras por su apoyo durante la realización de la presente investigación.

A las pacientes que asisten a las consultas, por su receptividad al ser entrevistadas y oportunas respuesta.

A la Lic. **Rosario Sánchez**, que con sus conocimientos y su gran paciencia nos guió en nuestra investigación, que Dios la bendiga por siempre.

A los Profesores de la Escuela de Enfermería, que desinteresadamente nos prestaron su ayuda, cuando así lo requerimos.

Y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron con nuestra investigación.  
Gracias.

Las autoras.

## ÍNDICE GENERAL

	Pp	
Dedicatoria.....		III
Agradecimientos.....		VI
Índice General.....		VII
Lista de Tablas.....		VIII
Lista de Gráficos.....		X
Resumen.....		XI
Introducción.....		1
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>		
Planteamiento del Problema.....		3
Objetivos del Estudio.....		6
Justificación del Estudio.....		7
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEORÍCO</b>		
Antecedentes.....		9
Bases Legales.....		11
Bases Teóricas.....		13
Sistema de Variable.....		37
Operacionalización de la Variable.....		38
<b>CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO</b>		
Tipo de Estudio.....		40
Población.....		40
Muestra.....		41
Instrumento de Recolección de Datos.....		41
Validez y Confiabilidad del Instrumento.....		42
Procedimiento para Recolección de Datos.....		42
Tabulación y Análisis de Datos.....		43
<b>CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>		44
<b>CAPÍTULO V. PROGRAMA DE ORIENTACION SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGIA DEL IPAS-ME EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2004.</b>		
Introducción .....		54
Justificación.....		55
Objetivo Terminal.....		56
Objetivo Específico.....		56
Sinopsis de Contenido.....		57
Programa.....		58
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		
Conclusiones.....		60
Recomendaciones.....		61
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>		63

<b>ANEXOS:</b> .....	69
<b>Anexo A</b> .....	70
<b>Anexo B</b> .....	75
<b>Anexo C</b> .....	81
<b>Anexo D</b> .....	82
<b>Anexo E</b> .....	83
<b>Anexo F</b> .....	86

## LISTA DE TABLAS

Tabla		Pp
1	Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el primer nivel de prevención: Indicador fomento de la salud y prevención específica de la osteoporosis de las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005	45
2	Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el segundo nivel de prevención: Indicador Diagnóstico temprano y tratamiento de la osteoporosis oportuno de las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005.	47
3	Total de promedio de frecuencia y porcentajes de la dimensión relacionada con el tercer nivel de prevención: Indicador rehabilitación en las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPASME primer trimestre 2005.	49

## LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO		Pp
1	Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el primer nivel de prevención: Indicador fomento de la salud y prevención específica de la osteoporosis de las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005	45
2	Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el segundo nivel de prevención: Indicador Diagnóstico temprano y tratamiento de la osteoporosis oportuno de las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005.	47
3	Total de promedio de frecuencia y porcentajes de la dimensión relacionada con el tercer nivel de prevención: Indicador rehabilitación en las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPASME primer trimestre 2005.	49

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN  
DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS  
MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA  
CONSULTA DE GINECOLOGIA DEL IPAS-ME  
EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2.005.**

**AUTORAS:**

Cabrita Zoraida

**C.I:**5.542.308

González Naudis

**C.I:**9.416.732

Muria Angelina

**C.I:**5.431.225

**TUTORA:**

**LIC.** Rosario Sánchez

**RESUMEN**

La investigación realizada se obtuvo con un objetivo fundamental de desarrollar un programa de orientación sobre la prevención de la Osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de treinta (30) años, que asisten a la consulta de Ginecología IPASME en el primer trimestre del año 2005. El tipo de investigación es de carácter cuasi-experimental. La población estuvo integrada por 30 usuarias de la consulta de ginecología del IPAS-ME. Seleccionada como muestra para el estudio el 100% de la población total. La recolección de los datos se efectuó a través de la encuesta, utilizando como instrumentos un cuestionario con 26 ítem, el cual fue validado con un nivel de confiabilidad según el Alfa de Crombach obteniendo como resultado: 0.91. El instrumento aplicado fue un pre-test antes del desarrollo del programa de orientación y el post-test una semana después de concluido el mismo. Los resultados permiten concluir que el nivel medio de la población (98%) logró alcanzar información referente a la prevención de la osteoporosis una vez realizado el programa de orientación.

## INTRODUCCIÓN

La Osteoporosis como enfermedad degenerativa de la estructura ósea que afecta a millones de personas a escala mundial, debe formar parte de las enfermedades que merezcan la atención del personal de salud para su prevención, además de tener actualmente un gran impacto. En este sentido, la Enfermera como miembro del equipo multidisciplinario de la Salud con funciones claramente definidas y enmarcada dentro de las políticas sanitarias preventiva deberá jugar un papel protagónico a fin de disminuir los índices de morbi – mortalidad por ésta causa.

Razón por la que resulta interesante iniciar este estudio, a fin de conocer ¿Cuál será el contenido del programa de orientación sobre prevención de la Osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME en el primer semestre del año 2005?

Para efecto de la presentación escrita del Trabajo de Investigación el mismo se estructurará en seis (6) capítulos. El primer Capítulo donde se plantea, el Problema, los Objetivos, General y Específicos y la Justificación de la Investigación.

El segundo Capítulo corresponde al Marco Teórico en donde se citan los Antecedentes del Estudio, las Bases Teóricas y el Sistema de Variable con su Operacionalización.

El tercer Capítulo corresponde a el Marco Metodológico en donde se describe el Tipo de Investigación, la Población y la Muestra, el Método e Instrumento de Recolección de los datos, la Validez y Confiabilidad del Instrumento y la Técnica de Análisis de los Datos.

En el Cuarto Capítulo se tabulan y analizan los resultados obtenidos.

El Quinto capítulo comprende programa de orientación sobre la prevención de la osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME en el primer trimestre de 2005.

El Sexto Capítulo corresponde a la presentación de las Conclusiones y Recomendaciones.

Para finalizar con las Referencias Bibliográficas y los Anexos correspondientes.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

A fin de ubicar la descripción de elementos y hechos que identifican las variables a investigar, a continuación se señala el planteamiento del problema, los objetivos que orientan, delimitan la investigación y la justificación de la misma, la cual indica aspectos relacionados al interés y relevancia de este estudio.

#### 1. 1.- Planteamiento del problema:

La Organización Mundial de la Salud (2000) OMS ha definido la Osteoporosis como una “enfermedad caracterizada por baja masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo con un consecuente incremento en la fragilidad del hueso y la susceptibilidad a la fractura.” (Pág. 1). Según el autor Velásquez, G. explica que “el término Osteoporosis fue creado en el siglo (XIX) en Francia y Alemania como descripción histológica de la edad ósea en humanos, haciendo resaltar la evidente porosidad del hueso” (Pág. 6). Esto puntualiza la definición de que la Osteoporosis resulta ser una enfermedad que afecta a gran número de mujeres a nivel mundial, revelando cifras importantes, principalmente entre las mujeres post – menopáusicas de una edad promedio de cuarenta y cinco (45) y cincuenta (50) años que suelen ubicarse en una relación de dos (2) casos por cada ocho (8) mujeres.

Sin embargo en los Países Europeos, específicamente en Nueva Zelanda según datos aportados por la Asociación para la Osteoporosis (2000), existían alrededor de una (1) mujer con Osteoporosis por cada tres (03) mujeres sanas y un promedio de un (01) hombre por cada ocho (8) hombres sanos, con un promedio de edad que supera los cincuenta (50) años y representando un costo en términos de tratamiento de 200 millones de dólares por año.

En los Estados Unidos de América del Norte según reporte de Díaz Curiel, (1997) la Osteoporosis afecta a 20 millones de personas y está relacionada con 1.3 millones de fracturas, con un costo anual aproximadamente de 13.8 billones de dólares

(Pág. 194).

En los países latinoamericanos, según información de la Oficina Central de Estadística e Informática OCEI del Ministerio Internacional de Salud. (MINSA) (2004). Explican que un total de 20.806 consultas externas por tratamiento de Osteoporosis realizado en los establecimientos de dicho Ministerio revelaron que el 90.4%, es decir, 18.812 casos correspondieron a la mayor incidencia en mujeres del país de Perú capital Lima de los estados, Moquegua, Pasco y el Callao.

En el estudio realizado recientemente por Murillo, V. (2002) encontró una prevalencia de Osteoporosis de un 16% en mujeres aparentemente sanas mayores de 50 años, sugiere que en México la incidencia de osteoporosis es menor a la informada en la población blanca caucásica, igualmente informó que en el Instituto Mexicano del Seguro Social las lesiones del sistema músculo esquelético actualmente ocupan el segundo lugar en la demanda de atención quirúrgica.

En Venezuela según datos estadísticos del Ministerio de la Salud y Desarrollo Social MSDS (2002-2003), explican que “La Osteoporosis afecta a una (1) de cada cinco (5) mujeres de más de cuarenta y cinco (45) años y a cuatro (4) de cada diez (10) mujeres con más de setenta y cinco (75) años”. Razón por la cual se hace sujeto de estudio.

En lo que respecta al Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación IPAS-ME (1999), en la consulta de ginecología se observó el incremento del número de pacientes diagnosticadas con Osteoporosis en una forma significativa entre el 12% y el 15%, lo cual es motivo de preocupación en lo que respecta a la Educación u Orientación. Se hace necesaria la coordinación de esfuerzos Intra e Interinstitucionales, con el fin de realizar actividades educativas que motiven a las usuarias favorablemente en el cumplimiento de medidas de prevención con relación a esta enfermedad.

En los casos con diagnóstico de Osteoporosis se requiere de un tratamiento durante toda la vida, el cual en su mayor parte ha de ser administrado por la propia persona, razón necesaria para que ellas conozcan su problema y aprendan a vivir con él, se familiaricen con su tratamiento y auto cuidado para llevar una vida normal.

En este orden de ideas, es necesario que los profesionales del equipo de salud encargados de atender a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología cuya edad oscilan entre los treinta años (30) en adelante, que estén conscientes de la importancia que tiene para ellas conocer las consecuencias de la menopausia, en especial la Osteoporosis, lo cual será útil poner en práctica las recomendaciones que permitan prevenir la aparición de esta enfermedad en mujeres socialmente productivas.

A tal efecto la educación para la usuaria que asiste a la consulta de ginecología es multifacética, implicando la promoción, protección y conservación de la salud. En este sentido, el profesional de Enfermería debe orientarse en aquellas actividades que tengan relación con los tres niveles de prevención, primario, secundario y terciario. En el nivel primario de prevención se realizan actividades de enseñanza, aprendizaje sobre fomento de la salud y prevención de la Osteoporosis, promoviendo estilos de vida favorables para la conservación de la salud. En el secundario se debe orientar hacia un diagnóstico temprano y tratamiento de la Osteoporosis y en la prevención terciaria prever hacia la disminución de caídas que puedan ocasionar fracturas.

De acuerdo a los diferentes niveles, las investigadoras en sus observaciones en la consulta de ginecología del IPAS-ME, en concordancia con el equipo de salud se planteó la necesidad de realizar actividades de orientación con las usuarias mayores de treinta años, a fin de fortalecer las acciones educativas directa o indirectamente.

De la exposición , se plantean las siguientes interrogantes:

- 1 ¿Qué conocimientos poseen las usuarias, mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME sobre el primer nivel de prevención de la Osteoporosis?
- 2 ¿Qué conocimientos poseen las usuarias, mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME sobre el segundo nivel de prevención de la Osteoporosis?
- 3 ¿Qué conocimientos poseen las usuarias, mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME sobre el tercer nivel de prevención de la Osteoporosis?

Para dar respuesta a las interrogantes antes mencionadas se formula el siguiente planteamiento del problema: ¿Cuál será el contenido del programa de orientación sobre prevención de la Osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME en el primer semestre del año 2005?

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.- Objetivo General**

Desarrollar un programa de orientación sobre la prevención de la Osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de treinta (30) años, que asisten a la consulta de Ginecología IPASME en el primer semestre del año 2005.

#### **1.2.1.- Objetivos Específicos**

- 4 Orientar a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología sobre la prevención de la osteoporosis.
  
- 1 Determinar el conocimiento de prevención sobre la Osteoporosis que poseen las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME (Pre-Test).
  
- 1 Elaborar un programa de Orientación relacionado con la prevención de la osteoporosis para las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME.
  
- 1 Ejecutar el programa de orientación preventivo relacionado con la Osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME.
  
- 1 Evaluar los conocimientos adquiridos por las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME después de haber recibido el programa. (Post – Test).

### **1.3.- Justificación de la Investigación**

El programa educativo de orientación sobre la prevención de la Osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME, se justifica por sus índices de morbilidad y complicaciones como un problema de salud pública.

Desde el punto de vista de la práctica de enfermería, se justifica, ya que las actividades de cuidado de enfermería que se pongan en práctica en esta investigación servirán como referencia para fortalecer los cuidados que deben prestarse a las usuarias con diagnóstico de Osteoporosis.

Esta investigación beneficiará a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología, ya que este programa le proporcionará orientación precisa sobre la Osteoporosis estas sentirán el compromiso de participar en el mantenimiento de su salud, ejecutando acciones preventivas que disminuyan el riesgo de sufrir la enfermedad; y en el caso de padecerla tener la suficiente orientación de como prevenir complicaciones.

Así mismo, será de gran importancia para las usuarias, ya que una vez generada la orientación a través del programa de prevención de Osteoporosis, estarán en la capacidad de poner en práctica medidas de auto cuidado, permitiendo de esta manera mantenerse dentro de los niveles normales de salud.

La investigación relacionada con el tema, generará directrices para investigaciones futuras dirigidas a quienes quieran profundizar acerca del tema.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

Los aspectos señalados en este capítulo, sustentan los conocimientos y elementos teóricos relacionados con la variable en estudio, se citan los antecedentes y bases teóricas, así mismo se describe el sistema de variable, su operacionalización y la definición de términos.

#### **2.1.- Antecedentes de la investigación:**

Perdomo, J (1995). Realizó un estudio cuyo objetivo general fue determinar la aplicación del proceso de atención de Enfermería en la atención de pacientes con Osteoporosis en el Servicio de Medicina Interna y Endocrinología del Hospital Universitario de Caracas. La muestra fué integrada por los profesionales de Enfermería que laboran en dicha unidad, en los cuatro turnos de trabajo. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario dirigido a la Enfermera que contaba con cuarenta (40) ítems, en donde fundamentalmente se evaluaba la aplicación del proceso de atención en sus fases de valoración, planificación, ejecución y evaluación, del mismo se desprende la siguiente conclusión y es que los profesionales de Enfermería no aplicaban correctamente el proceso de Atención de Enfermería en la evaluación del paciente con Osteoporosis.

Por otro lado, Almenar, M (1.996). Realizó una investigación dirigida a conocer la atención del personal de Enfermería y su relación con la satisfacción de las necesidades de las pacientes con Osteoporosis que asisten a la consulta de Ginecología del Hospital de Cuernavaca en México. Para lo cual utilizaron un tipo de investigación descriptiva de campo. El instrumento de recolección de datos empleado, fue una encuesta auto – administrada. Dentro de las conclusiones más importantes se destaca el hecho de que las necesidades de orden fisiológico de las pacientes eran medianamente satisfechas, mientras que las de orden de seguridad y protección no eran cubiertas. En lo referente a las necesidades de información, las mismas no eran satisfechas por las enfermeras por lo que las pacientes demostraron inseguridad en cuanto a su autocuidado.

V Meléndez, R (1997), realizó un estudio sobre la aplicación de un programa Educativo dirigido a las pacientes Post – Menopáusicas, para la prevención de la Osteoporosis que asisten a la consulta de Ginecología del Hospital de Monterrey en México, con el objetivo de determinar los efectos que producen en las pacientes la aplicación de dicho programa, la investigación estuvo enmarcada dentro de un proyecto factible. La población que estuvo como objeto de estudio estaba compuesta por ciento cuarenta (140) pacientes con un (1) año o más de menopausia, a quienes se les aplicó una encuesta para conocer su información sobre las medidas de prevención de la Osteoporosis, una vez conocida la información, se procedió a elaborar una Intervención Educativa, que se ejecutó. Y permitió obtener los resultados, para concluir que las pacientes antes de dicha Intervención tenían deficiencias en cuanto a la información para la prevención de dicha enfermedad y una vez llevado a cabo el programa se alcanzaron niveles más óptimos de información, que permitieron a las usuarias verificar dicha información con la que ellas en un principio conocían.

Correa, I y Henríquez, C (1998), realizaron un estudio, titulado participación de Enfermería en la prevención y control de la Osteoporosis en la Mujer de la Tercera Edad en el Ambulatorio “Dr. Cesar Rodríguez” del Algodonal. El objetivo general de la investigación, fue determinar la participación de la Enfermera en la prevención y control de la Osteoporosis en mujeres de la tercera edad que asisten a la consulta de Ginecología en dicho Ambulatorio. Entre las conclusiones más importantes a las que llegaron las investigadoras, se encuentra que existe un buen nivel de conocimiento entre el personal de Enfermería, en relación con la Osteoporosis. Las usuarias mantienen un buen nivel de información con respecto a la enfermedad y su prevención, pero en muchos casos no asumen completamente su nivel de responsabilidad sobre su enfermedad ni como llevar a cuesta un tratamiento sin tener que sufrir molestias y/o demás incomodidades, es decir que esta situación hace ver perjudicada la participación de las Enfermeras, ya que pareciese que su orientación para la prevención de la Osteoporosis en dichas pacientes, fuese nula o lo que es lo mismo básicamente baja.

Galué, G. 2001. Refiere en el este estudio realizado a un grupo de poblaciones de Valencia por UNILIME –UC se encontró que existe alta incidencia de Osteoporosis, en la población femenina mayor de 50 años, es decir un (40.4% y 25.6%)

respectivamente, aumentando la incidencia en proporción en el grupo etáreo mayor de 70 años de la población estudiada ya que solamente un 10% resultó con masa ósea normal.

De acuerdo a los planteamientos y conclusiones de nosotras las participantes lo significativo de dichos autores mencionados anteriormente es el basamento que antecede a la argumentación de la necesidad de demostrar que la orientación es la vía más eficaz y directa dando está el soporte teórico afianzado hacia la factibilidad del proceso educativo enmarcando el fomento protección y prevención de las enfermedades y en comparación con lo plasmado en su estudio por el autor Del Rey Calvo J. (1998). o.b. donde la percepción de la efectividad en salud, también viene dada por un proceso educativo.

## **2.2.- Bases Legales:**

De acuerdo a los requerimientos legales de Venezuela y para el momento del estudio citado como la Constitución Bolivariana de Venezuela en el capítulo V de la carta magna, que se refiere a los derechos sociales y de las familias, establece un cambio significativo en la perspectiva social y familiar particularmente en lo referente a la salud, establecidos claramente en los artículos (83 y 84) donde básicamente se refiere al desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida de todos los venezolanos.

### **Artículo 83: Establece.**

“La salud es un derecho social fundamental y obligación del Estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollara políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y al acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y el cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la Ley de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la republica” (Pág. 75)

De allí se deduce que las usuarias tienen derecho a la protección de la salud, pero también tienen el deber de participar en la promoción y defensa de la misma, mediante el cumplimiento de las medidas de higienes y saneamientos establecidas previamente.

#### **Artículo 84: Establece.**

“Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará y ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social, y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad” (Pág.76).

De igual forma este artículo establece, la prioridad que dará el sistema de salud a la promoción y prevención de la enfermedad de la osteoporosis, así como la garantía de los insumos para cumplir con el tratamiento y la rehabilitación de la usuaria con dicha enfermedad. Es por esto que el profesional de enfermería juega un rol importante, ya que dentro del equipo de salud le corresponde el mayor porcentaje de función educativa, sobre todo en el área comunitaria donde debe integrar a la familia y a la comunidad en la solución de los problemas de salud que aqueja a las usuarias en general.

#### **2.3.- Bases Teóricas:**

Programa de orientación en la prevención de la osteoporosis dirigida a las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología.

#### **Programa**

Según el diccionario El Pequeño Larousse (1998); “Es una exposición general de las intenciones o proyectos de una persona, etc. o también un proyecto o plan,” (Pág. 826)

El diccionario Everst Cúspide – Español. Cita lo siguiente; Previa declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia. Sistema y distribución de las materias de un curso o asignatura.

De igual forma Méndez D. Montaña R. Escalante A. Sánchez R. Guerra E. (1995). Cita lo siguiente; Programa: es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizado simultáneamente o sucesivamente con los

recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos, determinado en relación con problemas de salud en una población definida. (Pág. 573)

### **Programa de Orientación Educativa:**

Se fundamentan en los conocimientos básicos sobre los que se sustentan para que se garanticen los efectos beneficiosos deseados. Se hace referencia que a través de los programas de orientación se obtiene una mejoría, un resultado satisfactorio y estos indicadores rigen para todos los aspectos inherentes al ser humano social, familiar, personal y salud.

Para las investigadoras la orientación sobre la Osteoporosis dirigido a los usuarios de 30 años, que asistieron a las consultas de ginecologías del IPAS ME, son los conocimientos que tienen en relación al auto cuidado del primer, segundo y tercer nivel de prevención de la osteoporosis

**Estructura o contenido de los programas :** Introducción, justificación, objetivo terminal, objetivos específicos, sinopsis de contenido, actividades, recursos, evaluación, los criterios y normas de evaluación, intensidad horaria.

### **Tipos de programas de salud comunitarias.**

- Los programas de promoción de la salud y de la prevención en relación con un aspecto de la salud. Ejemplo: la osteoporosis, enfermedad de salud pública.
- Los programas que conciernen un medio en particular. Ejemplo: medio Escolar. Centro de acogido.
- Los programas que se dirigen a poblaciones objetivo. Ejemplo: deficientes físicos y mentales.

### **Utilidad del programa**

Es un plano de acción, cuyo producto final se traduce en un documento que aborde los elementos siguientes:

El propósito de los programas de orientación para la salud es promover conductas saludables y animar a las usuarias participantes a que se impliquen en la previsión y en las decisiones sobre la atención sanitaria para mejorar los resultados. Un programa de orientación efectivo es aquel que describe todo el proceso de educación, enmarca la continuidad de los cuidados y demuestra que se han conseguido los objetivos trazados. Su efectividad dependerá de varias dimensiones como son: el desarrollo técnico, la pertinencia, la eficacia y la interrelación.

### **Programación**

Pérez, R. (1992), la programación “Es el proceso por el cual se adapta un programa a una situación definida, tanto por el espacio físico (territorializar) como por tiempo (temporalizar) o por la adaptación de unos alumnos concretos” (Pág. 25).

De lo señalado anteriormente se puede inferir lo siguiente: que es necesario conocer el tiempo del que se dispone y el espacio con que se cuenta para desarrollar el programa, antes de elaborar el mismo.

### **Educación:**

Refiere Torres, M. (1994), citado por García, A. Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000) señalan que:

La Educación para la salud es toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o la enfermedad, es decir, es un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de las maneras de pensar, puede influenciar o clarificar los valores, puede facilitar la adquisición de competencias, incluso puede producir cambios de comportamientos o modos de vida. (Pág. 38)

Por lo antes planteado, se hace referencia que la educación a lo largo de la vida del ser humano representa una experiencia cotidiana, la cual actúa sobre el hombre y debe ser comprendida como un proceso emergente en todos los niveles y etapas de su desarrollo. Le proporcionan sus condiciones de vida cuando las compara con otras, en base a criterios personales; en consecuencia el fenómeno calidad de vida viene a ser el resultado de las relaciones, que tienen como resultado un determinado índice de satisfacción y de felicidad en los individuos”.

Del Rey J. Calvo J. (1998) explica que:

El nivel educativo refuerza la percepción que un individuo tiene de sí mismo, y es solo a partir de ese conocimiento cuando el hombre busca su satisfacción y su bienestar. La efectividad en salud, también viene dada por un proceso educativo, cuya finalidad principal es cambiar comportamientos insanos. (Pág.194).

En este sentido, educar en salud permite brindar a los usuarios herramientas que le faciliten fomentar, promocionar, preservar y recuperar la salud, desde la posibilidad de cambiar hábitos inadecuados por hábitos adecuados, una vez que se está informado.

Martín A. Cano J. (1996), a través de la Organización Mundial de la Salud en (1983) cita del término de Educación para la salud lo siguiente.

Como cualquier combinación de actividades de educación e información que conduzca en una situación en las que las personas deseen estar sanas, es decir, estén informadas de cómo alcanzar la salud y así se ayuden individual ó colectivamente para mantenerla y busquen ayuda siempre que la necesiten. (p.358)

La educación es un proceso continuo en la vida del hombre que engloba toda su existencia y se adapta a la dinámica de la sociedad de hoy.

Según Martín A. Cano J. (1996): “La educación sanitaria no debe ser una actividad diferenciada, sino un instrumento más en el trabajo de los profesionales de la salud” (Pág. 379). Es evidente entonces la importancia del equipo de salud por su posición privilegiada en cuanto a la accesibilidad, continuidad e integración de su labor para mejorar el control y la detención precoz de las complicaciones de la osteoporosis y promover la enseñanza del auto cuidado a estas pacientes”.

### **Rol Educativo de la Enfermera**

En lo que respecta a la enfermera, su intervención educativa, se genera a través de su rol docente, esta función del profesional de enfermería es la relativa a la enseñanza no solo de enfermedad, sino también a las comunidades y a los colegas que día a día prestan sus servicios en pro del logro de los objetivos propuestos por la organización en la cual trabajan. En este sentido Álvarez, L (1996). Explica que: “El

objetivo del aprendizaje es cambiar el comportamiento pero tales modificaciones no siempre son inmediatas u observables”. (Pág. 28).

La presente investigación, se refiere a la enseñanza que el personal de Enfermería impartirá a las usuarias de los servicios de Salud con el objeto de que conozcan como utilizarlo, evaluar calidad de atención que ellas reciben y participar en el mejoramiento de los servicios, que nos proporcionen a ambas partes nuevas expectativas hacia la prosecución de un programa.

Para las autoras los objetivos y la habilidad para determinar en que medida se están logrando, son esenciales para el proceso enseñanza – aprendizaje. El simple hecho de darle a alguien una pequeña información, no se puede considerar como una enseñanza, particularmente sino hay una prueba de que el usuario haya aprendido o alcanzado el objetivo de la enseñanza.

En este mismo orden de ideas se define la enfermería como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal, que funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en la comunidad. Cuando los equipos de profesionales de salud ofrecen sus servicios sanitarios, el personal de Enfermería participa en la organización de las condiciones del organismo humano, en este sentido Marriner A. (1994), sostiene que la “la enfermera es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva” (p238).

Las funciones docentes del personal de enfermería son de gran importancia y con relación a ello Álvarez, L (1996), describe que el personal de Enfermería dentro de su función docente tiene las siguientes actividades: Participa en el proceso de formación del personal de enfermería y otras disciplinas, desarrolla programas de educación continua de acuerdo con las necesidades de aprendizaje del personal y los requerimientos de la atención primaria, participa en el proceso educativo para desarrollar la capacidad de los individuos y la comunidad para el auto-cuidado de la Salud.

## **Niveles de Prevención:**

El Modelo Teórico propuesto por Neuman, B citado por Wesley, R (1.995) define los niveles de prevención de la siguiente manera:

Prevención primaria se refiere a la intervención que se lleva a cabo antes que se produzca la relación. La prevención secundaria, reduce los efectos o posibles secuelas de los factores estribantes mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad. La prevención terciaria disminuye los efectos residuales de los agentes estresantes después del tratamiento (Pág.104)

Guerra, E Méndez, D. Montaña, R. Pérez Escalante, A. Sánchez, R. (1995) destaca que los objetivos de cualquier programa de orientación deben estar dirigidos a los niveles de prevención primaria, secundarios y terciarios.

Continúan diciendo que en la prevención primaria se incluyen actividades para prevenir enfermedades o deterioro de la salud antes de que ocurra, es así que se busca el fortalecimiento de estos niveles de atención y la protección específica de la población como propósito de esta promoción se debe potenciar los hábitos saludables en la juventud, como lo son generar hábitos dietéticos correctos (dietas ricas en calcio y normo proteicas) corregir hábitos tóxicos (supresión de tabaco y alcohol. Establecer programas que estimulen el ejercicio físico.

Con relación a la prevención de la Osteoporosis, Luna, L (1980), explica que la prevención de las enfermedades se logra a través de tres niveles propuestos por Leavell y Clark, estos niveles son:

- ❖ La prevención primaria que busca el fortalecimiento de los niveles de salud y la protección específica de la población a través de actividades asistenciales y de educación.
- ❖ La prevención secundaria en donde el personal de salud busca fundamentalmente establecer un diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades así como también la limitación de los daños en aquellos casos en que ocurriese la instalación del proceso patológico.
- ❖ Finalmente se inicia la prevención terciaria, fase en que se busca la rehabilitación de quien haya sufrido de la enfermedad.

Para efectos de esta investigación, se hará referencia a las acciones del primero, segundo y tercer nivel de prevención.

### **Prevención primaria**

Potter P. (1996), explica que la “prevención primaria es una verdadera prevención”, (Pág. 38). En este sentido las actividades de prevención de este nivel se aplican a individuos sanos desde el punto de vista físico y emocional, no incluye terapéutica, no utiliza tratamiento y no implica la identificación de síntomas.

El autor antes señalado, sostiene que la prevención primaria y específicamente la promoción de la salud comprende la aplicación de programas de educación para la salud que permitan generar en la población conductas de auto cuidado de la salud individual y colectiva.

Con relación a la prevención de las enfermedades esqueléticas especialmente la Osteoporosis, Potter P. (1996), explica que la labor educativa es de suma importancia y el programa de educación debe estar dirigido básicamente a identificar y controlar los factores de riesgo.

En lo relacionado a la identificación y control de los factores de riesgo para la Osteoporosis, Potter P. (op.cit), señala que el personal de enfermería fomente en la población en general y susceptible a dicha patología hábitos alimenticios saludables en donde se haga hincapié al consumo de dietas ricas en calcio y normo proteicas, así mismo, generar en la juventud la práctica de actividad física y la disminución o evitación de los hábitos de tabaco y alcohol.

Potter P. (1996), igualmente señala que el personal de enfermería debe orientar a las mujeres menopaúsicas con relación al control médico periódico, al mejoramiento de la alimentación y la práctica de ejercicios, sin olvidar que se debe explicar la importancia del abandono de los hábitos de tabaco y alcohol.

## **Fomento de la Salud.**

En la metodología del programa la divulgación es el indicador de la direccionalidad que genera la dimensión, ya que se refiere no solo a las estrategias educativas de promover y mejorar con el condicionamiento de vida a través de la “prevención primaria. En consecuencia el impacto de la salud comienza por transferencia de divulgar de persona a persona, familia a familia, hasta llegar a sus comunidades representando el radio de acción de medidas informativas que ayuden al cambio de estilo de vida saludables.

Según Jaurequi, C. Suárez, C. (1998). “Son las acciones de educación y concientización ofrecida preferencialmente por equipos de profesionales extramurales de salud, dirigido a nivel individual, familiar y grupal, según su estado de salud y entorno, con el objeto de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludables y fomentar el auto cuidado y la solidaridad”.

Comprender las acciones de educación en derechos y deberes en el sistema general de seguridad social en salud y las acciones de la promoción de la salud dirigida al individuo y la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud promover, estilos de vida saludables y fomentar el auto cuidado y la solidaridad, incluye el suministro de materiales de apoyo en el programa de orientación sobre la prevención de osteoporosis.

Es la integración que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, los sectores sociales y productos, con el objeto de garantizar más alto número de acciones que tiene por fin la identificación, control o reducción para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue que ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. Estas actividades podrían ser a nivel individual, familiar o grupal.

## **Educación para la Salud**

Se han establecido varias definiciones en relación a la Educación para la Salud, una de ellas es la referida por The Report of the President’s Comité on health Education (Informe del Comité del Presidente sobre Educación para la Salud, comité del

Presidente), citada por Álvarez, L (1996). “La Educación para la Salud es un proceso que sirve de fuente entre la información de la Salud y las prácticas de la Salud” (Pág. 30). Esta definición proporciona un buen punto de iniciación para explicar lo que la educación para la salud es en realidad”.

Todo educador para la salud es llamado para seleccionar o crear estrategias educativas a fin de ser utilizados en programas educacionales. Los medios pueden ser de canal eficaz para variedad de mensajes de Educación para la Salud y se ha demostrado que tienen éxito en las campañas de prevención de enfermedades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1995), explica que “las estrategias educativas son importantes en gran parte en los programas de enseñanza y capacitación de educación para la salud”, (Pág. 23).

El mismo autor, señala que las estrategias educativas se refieren a “la combinación de métodos y técnicas didácticas empleadas por los educadores sanitarios en los programas de educación para la salud”. Explica la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (op.cit) “que esta combinación incluye las charlas, la visita domiciliaria, exhibición de películas, medios visuales (carteleros y folletos) entre otros de igual importancia”, (Pág. 23).

Con respecto a las charlas, explica la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (op.cit) que es una de las técnicas más utilizadas en la Educación para la Salud, consiste en la presentación oral de uno o más temas frente a un grupo grande o pequeño de personas. Explica el Autor que “la charla bien manejada permite el contacto interpersonal lo que es beneficioso para estimular el proceso de aprendizaje, para ello se recomienda que dicha charla responda a las necesidades e intereses de la audiencia”. (Pág. 26).

López M. (1993) “La educación para la salud es un proceso intencional, dinámico que tiene por objeto procurar la participación activa y consciente de los individuos en beneficio de su salud, la de su familia y de la comunidad.”(Pág. 28).

En efecto los cambios que se pretenden lograr a través de la educación para la salud deben ser voluntarios, lo cual implica una percepción antropológica, que todo

individuo posee un modo de vida propio, que viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura y su entorno y que, por tanto, cada persona tiene su propia forma de comportarse, sus actitudes, sus valores, su experiencia y sus conocimientos específicos. Pero al mismo tiempo, supone una concepción de la educación para la salud como un proceso facilitador de cambios en los estilos de vida, que éstos podrían asumirse.

La educación para la salud, debe acompañar a las personas durante todo el ciclo de su vida en todas las edades, situaciones y en todos los grupos sociales, pudiendo decirse que existen múltiples ámbitos de aplicación como son las escuelas, el hogar, la comunidad, los medios de comunicación, la educación para adultos, las consultas médica, la salud laboral.

Los programas educativos orientados hacia la promoción del autocuidado para la conservación de la salud y prevención de las enfermedades y sus complicaciones se originan como una estrategia de promoción de la salud a fin de proporcionar información, orientación y capacitar en forma efectiva a las personas sanas o enfermas con el objetivo de que se autoresponsabilicen de su tratamiento, control de su enfermedad basados en autonomía y satisfacción.

## **La Osteoporosis**

Antes de considerar los aspectos correspondientes al conocimiento que posee los usuarios sobre la prevención de la osteoporosis, es conveniente conocer el sustento que fundamenta la osteoporosis como enfermedad.

Sterling, W (1999). “la osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la disminución de la densidad del hueso, ya que este se vuelve “frágil” por la pérdida de algunos de sus componentes del “Osteoide” y la “hidroxiapatita” ó “fosfato de calcio”, (P356).

Berek, J. Hillard P. Adashi, A. Adashi, E. Explican que: “La osteoporosis es la pérdida de hueso que ha progresado hasta un punto en el cual parte específica del esqueleto son tan delgados que experimentan aumento de la susceptibilidad a las fracturas, señalando que se han establecido con claridad la relación entre menopausia y osteoporosis. Díaz, C. García I. Cono, R. (2000). Definen la osteoporosis como: “El trastorno óseo más frecuente y que se caracteriza por una reducción en la cantidad total del hueso”, según los archivos Venezolanos de Farmacología y terapéutica la osteoporosis esta clasificada con base en la manifestaciones clínicas, en los cambios densimétricos y hormonales, en la primaria o secundaria por la presencia o ausencia de enfermedades médicas asociada, procedimientos causantes de pérdida ósea y ésta puede dividirse, a su vez en idiopática e involutiva. La idiopática se presenta en niños y adultos jóvenes desconociéndose su patogenia. La forma involutiva se divide en tipo I y tipo II”.

De acuerdo a la definición que dan los autores mencionados hay una reducción en la cantidad total del hueso que aumenta la susceptibilidad a las fracturas, establecen relación entre menopausia y osteoporosis los cambios densimétricos y hormonales.

La osteoporosis postmenopáusica o tipo I afecta a la mujer dentro de los 15 a 20 años posteriores a la menopausia, y se caracteriza por fractura del collar del antebrazo distal y por el aumento de la pérdida de los dientes. Las fracturas vertebrales son usualmente de tipo aplastamiento e incluye el segmento T6 a L3 y se asocian con deformidad y dolor, la osteoporosis, senil o tipo II ocurre en ambos sexos, pero es más frecuente en mujeres de 70 años, y se manifiesta principalmente por fractura de cadera y vértebras, aunque, también son comunes las fracturas del húmero proximal, tibia proximal y pelvis. Frente a estas situaciones es necesario que el personal de salud valore las posibles causas presentes en las usuarias, a fin de poder establecer las estrategias preventivas pertinentes.

## **Causas**

Las causas de la osteoporosis son multifactoriales, ya que los huesos están sometidos a un remodelado continuo mediante procesos de formación y de remodelación sirviendo esto como reservorio del calcio en el organismo. Entre los factores primarios relacionado con la osteoporosis se encuentra la herencia, edad, estado estrogénico e ingestión dietética de calcio, hábitos de vida.

Según Berek, J. Hillard, P. Adashi, A. y Adashi E. (1997). “Dicen que todas las mujeres empiezan a perder masa ósea al principio del cuarto décimo de la vida, y esta pérdida persiste durante el resto sus vidas”.(Pág. 6)

## **Signos y Síntomas**

Inicialmente los signos y síntomas de la osteoporosis pueden pasar desapercibidos ya que la pérdida del hueso es sistemática.

Correa, I. y Henríquez, C. (1998) expresan que: “La pérdida de hueso será solo reversible en parte después de un período prolongado de hipoestrogenemia. Continúan diciendo que para prevenir la pérdida de hueso en el momento de la menopausia es más práctico y eficaz establecer el tratamiento”.(Pág. 39)

Correa, I. y Henríquez, C. (1998) explican que: “En relación a los signos y síntomas de la osteoporosis suele aparecer cuando el trastorno se encuentra realmente avanzando y en donde se destaca la presencia de dolor, rigidez de algunas zonas, fatiga,

deformidad de los miembros inferiores, cefaleas frecuentes, entre otros de igual importancia”.

### **Protección Específica**

Carpéna, M. (2000) explica que: “Las acciones de prevención de la enfermedad o protección específica esta dirigida a los afiliados de manera obligatoria. Podrán ser de tipo individual, familiar o grupal y se dirigen a mantener la salud, a prevenir y detectar precozmente las enfermedades”.

En este sentido, se puede mencionar que el punto más importante de la osteoporosis es la prevención. Desde la niñez se tiene que implementar este proceso hasta los 30 años.

Carpéna, M. o.b. Explica que se debe tomar en cuenta: Dieta rica en calcio, ejercicio físico adecuado, Adecuada exposición solar (no abusar), Evitar consumir café, alcohol y tabaco, nutrición adecuada y equilibrada.

Así mismo, sostiene la autora que no se debe consumir dietas altas en proteínas, no abusar de las dietas vegetarianas (por su alto contenido de oxalatos), evitar el consumo excesivo de sodio.

Nutricionalmente, las mejores medidas de prevención son la ingesta adecuada de calcio y de vitamina D de forma natural, que deben ser objetivos prioritarios desde la niñez.

Se ha demostrado que la dieta rica en calcio mantiene un pico de masa ósea, aunque no haya seguridad de que pueda aumentarla, y que reduce la incidencia de fracturas de forma significativa.

También es un hecho conocido que la dieta rica en vitamina D, junto con una exposición solar adecuada, es fundamental para la correcta absorción intestinal de calcio. Carpéna, M. O.b. Informa que la ingesta adecuada de calcio por edad es:

EDAD	MG. POR DIA
0 a 6 meses	400
6 a 12 meses	600
1 a 6 años	800
6 a 10 años	1,000
10 a 24 años	1,300
24 a 65 años (masculino)	1,000
24 a 65 años (femenino sin estrógenos)	1,500
24 a 65 años (femenino con estrógenos)	1,000
más de 65 años	1,500
Embarazo y lactancia	1,500

Continúa la autora explicando que otras medidas preventivas pueden ser: Dejar de fumar y no abusar de las bebidas alcohólicas, consumir productos ricos en calcio y vitamina D o enriquecidos con estas sustancias, realizar ejercicio. El ejercicio ayuda a reforzar los huesos, ya que el hueso que se forma es más resistente.

Por otro lado Balderrama, R (2002) sostiene que el primer [procedimiento](#) para prevenir la osteoporosis consiste en poner todos los requerimientos necesarios para alcanzar un buen pico de masa ósea, al llegar a la época de la madurez esquelética (30–35 años), ya que a partir de este momento debemos vivir de las "rentas" de ese capital acumulado. Por eso, se recomienda, durante la [adolescencia](#) y la juventud, tomar una cantidad adecuada de calcio en los [alimentos](#), realizar un ejercicio físico correcto y suprimir el [tabaco](#) y el alcohol, con el fin de que se forme una buena cantidad de masa ósea. Después de la menopausia, la disminución brusca en la producción de hormonas (estrógenos) por el ovario puede acelerar la destrucción de los huesos, con la alteración consiguiente del metabolismo del calcio. Existe por ello, hoy día, un acuerdo universal en virtud del cual se recomienda a la mujer, a estas edades, que incremente en su dieta la ingestión de calcio.

El mismo autor recomienda que los alimentos que más calcio contienen son la [leche](#) y sus derivados (especialmente el queso). A algunas mujeres les pueden o no gustar los derivados [lácteos](#). A otras, incluso, les pueden sentar mal y pueden presentar intolerancia intestinal (con flatulencia, peritaltismo, dolor abdominal y diarrea), debido a la falta de una sustancia necesaria para su digestión. En estos casos se deberá tomar el calcio en forma de medicamento (sales de calcio), según, las recomendaciones del reumatólogo.

El mismo autor sostiene que las dosis de calcio que se recomiendan generalmente no constituye ningún peligro (salvo en personas con niveles previos elevados de calcio en sangre), ya que se trata de dosis que cubren las necesidades naturales. Se debe recomendar a toda mujer en estas edades un [programa](#) de actividad física que incluya el caminar de 30 a 60 minutos 3-4 veces a la semana, para mantener la masa ósea y un buen tono muscular en las extremidades inferiores. Los tóxicos nocivos para el hueso, tales como el alcohol y el tabaco, deberán ser suprimidos. La vitamina D es importante para la regulación del metabolismo del calcio.

Finalmente, sostiene que una [exposición](#) al sol de 30 minutos al día es normalmente suficiente para que se produzca en la [piel](#) la cantidad necesaria de vitamina D, que permita la absorción intestinal del calcio. En caso de que esto no sea posible, por enfermedad, invalidez con confinamiento domiciliario o por vivir en regiones geográficas con pocos días soleados, se deberá recurrir a alimentos naturales ricos en esta vitamina (el aceite de hígado de pescado es el único alimento natural que contiene grandes cantidades de vitamina D) o un suplemento diario de esta vitamina en forma de medicamento.

### **Prevención Secundaria.**

Archer, S. y Fleshman, R. (1982) refieren: “la prevención secundaria enfoca el diagnóstico precoz y la intervención rápida en los procesos de enfermedad, cuanto primero se haga el diagnóstico, mayores son las posibilidades de éxito en el tratamiento para salvar una vida” (Pág. 4). Cuando el diagnóstico se realiza en el inicio de la

enfermedad, son mayores las probabilidades de éxito en el tratamiento. De allí la importancia de realizar la pesquisa de la sintomatología ósea.

Aranda, P. (1986) plantea: “cuando la enfermedad es detectada en los primeros momentos del período patogénico, las medidas consisten en diagnóstico temprano y tratamiento adecuado precoz. Si el proceso es detectado tardíamente, un tratamiento adecuado previene secuelas, limitando el daño” (Pág. 137):

La prevención secundaria tiene su aplicación inmediatamente al contacto del agente causal con el huésped, su finalidad es diagnosticar y tratar precozmente la enfermedad, si esto no fuera posible, ya que el diagnóstico se hubiese realizado en una etapa más tardía, nos brinda la alternativa de prevenir las complicaciones y disminuir los riesgos de daños posteriores. En este período se aplican medidas tendientes a prevenir el desarrollo de la enfermedad y convertirse en enfermedad activa manifiesta.

Greene, S. y Morton (1988). Refiere que: “la prevención secundaria tiene por objeto hacer posible el descubrimiento temprano de un problema de salud y hacer que cese o se modifique la gravedad o el alcance de la enfermedad y del mal” (Pág. 46). Por lo que, el principal objetivo de la prevención secundaria es la identificación temprana de la enfermedad, de ser posible antes de presentarse complicaciones en el individuo enfermo, en caso de que ya este instalada la enfermedad, hacer que desaparezca o disminuir las complicaciones que pueda tener.

En la prevención secundaria va enfocado su propósito en hacer lo posible por descubrir temprano un problema de salud y hacer que cese o se modifique la gravedad o el alcance de la enfermedad y el mal, es así que en la osteoporosis la actividad predominante va hacer el diagnóstico precoz, en las usuarias se internaliza la responsabilidad de su propia cuidado, por lo tanto la orientación de esta va a estar dirigida a través de los programas de prevención, además, es importante que la usuaria sepa que síntomas han de ser informados a quien proporciona los ciudadanos de la salud, por lo tanto, la orientación de los usuarios y del público son parte vital de la prevención secundaria.

### **Diagnóstico Precoz**

Balderrama, R. o.b. explica que aunque suele recomendarse, por lo menos, un estudio radiológico de columna vertebral para la valoración del sistema esquelético de toda mujer postmenopáusica, es importante señalar que se requiere una pérdida cercana a 30% en la masa ósea, para que la desmineralización sea evidente en las radiografías.

Explica el autor que por fortuna, se han desarrollado otras [técnicas](#) de [imágenes](#) diagnósticas, mucho más sensibles. En la práctica cotidiana la densimetría ósea (de los cuerpos vertebrales y el cuello del fémur) es el examen más solicitado para establecer la presencia de osteoporosis y evaluar la respuesta al tratamiento; además, es el examen de elección en pacientes con factores de riesgo. Sostiene que, entre los métodos densitométricos, la absorciometría de doble fotón es quizá la técnica más valiosa para determinar la densidad ósea y ofrece grandes ventajas, pues requiere una mínima exposición a las radiaciones, tiene un margen de error bajo, no es costosa y sus hallazgos son de excelente valor predictivo del riesgo de fracturas. Otro método [seguro](#) y reproducible es la tomografía computarizada cuantitativa.

### **Tratamiento Específico**

Parra M, Hernández M (1998) explican que la administración del tratamiento específico, las pruebas hormonales, y la densimetría ósea son fundamentales para el usuario que sufre osteoporosis, ya que a través de estos estudios va a depender el seguimiento del curso de la enfermedad.

La enfermera como integrante del equipo de salud intervendrá en las acciones que ayudarán a la usuaria, familia y grupos a conseguir y mantener en nivel máximo de bienestar.

Esta acción va a ir dirigidas en relación a los niveles de prevención, mediante un programa dirigido a los usuarias mayores de 30 años en la prevención de la osteoporosis

Parra, M. Hernández, M. (1998) comenta que: “Para la población en general cualquier programa de prevención en la osteoporosis debe tener dos metas, que son: Optimizar la masa ósea y preservar la integridad del esqueleto....Es fundamental estimular el desarrollo esquelético y la información óptima de la masa ósea a los 16

años da edad para evitar el riesgo de fracturas por formación ósea insuficiente. Es así que la nutrición adecuada es la base fundamental para la prevención de la osteoporosis... Que no haya duda acerca de la importancia del tratamiento con estrógeno en mujeres menopáusicas y ya que si no reciben esta terapia presentan pérdidas de hueso más acelerado durante un periodo de 5 a 8 años en comparación con las mujeres postmenopáusicas de la misma edad, tratadas con estrógenos, dice que antes de prescribir cualquier terapia hormonal de reemplazo se debe realizar historia clínica completa, con especial énfasis en la exploración mamaria y ginecológica a las relaciones con las neoplasias hormo o dependiente.

Balderrama, R. O.b. Menciona que a causa de la magnitud de la morbilidad relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y senil (en particular, las fracturas patológicas microscópicas y visibles a simple vista), no es sorprendente que los médicos interesados en el metabolismo óseo se hayan afanado durante muchos años en prevenir, detener e incluso eliminar esta osteoporosis por medio de tratamiento farmacológico, es decir, por agentes terapéuticos. Los muchos agentes investigadores hasta el momento presente (bien en forma aislada o en combinaciones variadas) comprenden las hormonas anabólicas estrogénicas (para mujeres solamente), calcitonina, difosfonatos, vitamina D (o sus metabolitos [activos](#)), calcio y fluoruro sódico. Cada uno de estos agentes, en dosis elevadas, pueden producir efectos secundarios indeseados en algunos pacientes, y de ahí que se han de administrar con cautela y solo bajo una [supervisión](#) regular. Se ha demostrado que el fluoruro sódico en dosis "tóxicas" estimula la formación de hueso, cuya matriz, sin embargo, puede llegar a calcificarse en forma lenta; parece que los suplementos de calcio llegan a corregir este defecto (aunque el tiempo puede ser un factor). explica que en muchos pacientes con osteoporosis coexiste cierto grado de osteomalacia, y este componente del problema puede corregirse mediante dosis adecuadas de vitamina D. Si bien quedan por realizar todavía muchas [investigaciones](#) científicas, tanto en [animales](#) como en el ser humano, es justificable un amplio tratamiento médico de todos los pacientes osteoporóticos, recomendándose, por regla general, la combinación de fluoruro sódico y calcio, que parece ser muy prometedora, a pesar de que, por razones todavía no bien comprendidas, no todos los pacientes responden al fluoruro. Un programa de ejercicios regulares y energéticos parece útil para contrarrestar por lo menos el componente atrófico de la osteoporosis, que es secundario a la vida sedentaria de las mujeres postmenopáusicas, así como de los

ancianos, tanto hombres como mujeres. El dolor de espalda producido por las microfracturas en las vértebras osteoporóticas puede disminuirse por el uso de un corsé vertebral ligero y bien ajustado.

### **Prevención Terciaria**

Greene, S y Morton (1988) hacen referencia a que en este nivel el paciente ya sufrió la enfermedad y ha cumplido con la terapia, lo que resta entonces es la recuperación, es este período el profesional de enfermería debe de iniciar las actividades que permitan al enfermo recuperar su estado óptimo de salud para lo cual, deberá promover la práctica de los controles radiológicos, la terapia hormonal, el consumo de suplementos vitamínicos, suplementos hormonales, la práctica de ejercicios, así como también, sobre el uso de medidas a utilizar para el mantenimiento del peso corporal acorde a sus características.

Como ejemplo clásico de la bondad de las acciones preventivas, se dará paso al aporte informativo de las medidas precisas y necesarias a la integración de los programas de salud en función de dar a conocer los factores externos coadyuvantes a la aparición de la osteoporosis. Por ello, es necesario la participación de los profesionales del equipo de salud y en especial los profesionales de enfermería.

En relación al tercer nivel de prevención correspondientes a la rehabilitación, para la osteoporosis Balderrama, R (op.cit) se sintetiza lo siguientes: Controles en relación a densimetría ósea., que puede emplearse para establecer el ritmo de pérdida de masa ósea del paciente al comparar dos estudios, con por lo menos 1 año de diferencia. Aquellos pacientes que pierden más de 2% por año se les identifica como “Perdedores Rápidos” en cambio aquellos con una pérdida menor de 1% anual se le reconoce como “Perdedores Lentos”.

Cuando se inicia tratamiento para osteoporosis con una densimetría previa y se planea evaluar los resultados del tratamiento con una segunda medición de masa ósea después de 1 o 2 años puede ocasionar que el paciente que no responde al tratamiento “pierda” tiempo valioso al no observar mejoría o incluso presentar disminución en su masa ósea

En relación la terapia estrogénica sustitutiva (TES) o terapia hormonal sustitutiva (THS) Carpena, M. O.b. explica: el tratamiento con estrógenos sirve tanto para la prevención como para el tratamiento de la osteoporosis. Reduce la pérdida de masa ósea, aumenta la densidad de los huesos en la columna vertebral y en la cadera, y reduce el riesgo de fractura de columna y de cadera en mujeres postmenopáusicas.

- Bifosfonatos: el etidronato, el alendronato, el risedronato y otros fármacos de este grupo sirven tanto para la prevención como para el tratamiento de la osteoporosis. Reducen la pérdida ósea, aumentan la densidad de los huesos en la columna vertebral y en la cadera, y reducen el riesgo de fractura de columna y de cadera. Se han convertido en el grupo más eficaz y por tanto más usado hoy día, aunque cada uno de ellos tiene sus efectos secundarios, que deben tenerse en cuenta.

- Calcitonina: es una hormona natural implicada en la regulación del calcio y en el metabolismo óseo. La calcitonina ralentiza la pérdida ósea, aumenta la densidad del hueso en la columna vertebral y puede aliviar el dolor asociado a las fracturas óseas en las mujeres al menos cinco años después de la menopausia. Parece reducir el riesgo de fracturas, aunque no está claramente demostrado.

- Raloxifeno: este nuevo fármaco puede servir para la prevención de la osteoporosis. Aparentemente previene la pérdida de masa ósea en la columna vertebral, en la cadera y en el resto del esqueleto. Según parece, el efecto sobre la columna no es tan fuerte como el de otros tratamientos, pero su efecto sobre la cadera y sobre el resto del esqueleto parecen comparables. Aún se desconoce si disminuye el riesgo de sufrir fracturas.

La misma autora explica que, en cuanto a la ingesta de Vitamina D y análogos: la forma activa de la vitamina D, el 1,25 ( OH) 2D3 calcitriol incrementa la absorción

fraccional de calcio y ejerce efectos sobre la maduración de los osteoblastos y parcialmente sobre los osteoclastos. Las dosis de suplementación de calcitriol son de 0.25 mcgr al día con la cual no se presentan efectos secundarios de hipercalcemia. Otro preparado que con frecuencia se emplea asociado a los suplementos de calcio es el calcidiol, el cual se recomienda a dosis de 400 a 800 UI al día. Se ha demostrado reducción de la incidencia de fracturas con la terapia de Vitamina D, especialmente en personas mayores de 65 años en quienes se considera indispensable su administración. Se ha desarrollado un gran número de análogos del calcitriol con efectos diversos sobre hueso, intestino y tejidos diferentes al hueso como la piel y células sanguíneas sobre los cuales se está investigando por efectos antiproliferativos e inmunomoduladores.

**Calcio:** Es indiscutible el papel del calcio para la adquisición de una adecuada masa ósea y para reducir sus pérdidas, varios estudios señalan que la suplementación de calcio puede retardar la pérdida ósea durante la menopausia, aunque no se ha evaluado su efecto sobre la incidencia de fracturas.

Balderrama, R. O.b. le señala a los ejercicios físicos ventajas sobre el nivel de los lípidos, ya que se ha observado disminución del colesterol entre las que lo realizan; otros refieren que disminuye la ansiedad, tensión psíquica y depresión, por lo cual produce sensación de bienestar al final del programa de ejercicios. En general, se insiste en el ejercicio diario, o si no es posible, al menos 3 a 4 días por semanas, durante 30 a 45 min. cada vez.(Pág. 28)

El ejercicio físico practicado de forma regular a todas las edades, y especialmente durante la adolescencia, es uno de los pocos factores capaces de estimular los osteoblastos y con ello de aumentar la masa ósea. De manera que se ha observado que su práctica regular incrementa el pico de masa ósea en los jóvenes, mediante el aumento de la masa ósea trabecular y cortical.

Los efectos benéficos del ejercicio sobre la masa ósea se pierden rápidamente si la frecuencia e intensidad de los ejercicios se reduce, reiniciando un estilo de vida sedentario (2. La inmovilización conlleva, de forma directa, una reducción en la densidad ósea (3); así, parece que la reducción en la actividad física es la razón principal

que condiciona que los índices de fractura de cadera aumenten hasta el doble en los mayores de 30 años.

Valero, C (2004) explica que: “La práctica del ejercicio físico a cualquier edad aporta beneficios importantes para la salud. Sobre el hueso, existe evidencia de que la actividad física en edades tempranas de la vida contribuye a lograr un mayor pico de masa ósea. Su influencia sobre la masa ósea o la incidencia de fracturas en edades más avanzadas no está del todo clara. Sin embargo, la actividad física regular mejora la coordinación, la agilidad y la autosuficiencia. Además, mantener el tono y la fuerza musculares reduce en un 25% el riesgo de caídas. Un metanálisis sobre la influencia del ejercicio físico en la prevención y el tratamiento de la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas encontró que los ejercicios más beneficiosos para la masa ósea son los aeróbicos con desplazamiento, debido a que la acción directa del impacto sobre el esqueleto y la tracción ejercida por los músculos mejoran la densidad mineral ósea”.

Caminar una hora al día es también beneficioso, mientras que la natación parece menos eficaz sobre la masa ósea (ya que no supone carga de peso sobre el esqueleto), pero reduce el espasmo muscular y el dolor asociado a la fractura vertebral. En todo caso, se debe evitar el sedentarismo, ya que aumenta la resorción ósea y la pérdida acelerada de masa ósea. Evidentemente, debemos adaptar estos programas de ejercicios a la edad y condición física de cada paciente, así como a la presencia de enfermedades concomitantes, pero siempre aconsejando una actividad física regular.

Finalmente, se puede decir que el objetivo más importante es la reducción del riesgo de las complicaciones propias de la enfermedad, considerando un daño basal ya establecido. Estas medidas se concentran principalmente en el control de los factores asociados a fracturas en general y buscan reducir la incidencia de fracturas en hueso osteoporótico. En nuestra población se dispone de información acerca de los factores de riesgo más relevantes asociados a fractura de la cadera, entre los cuales es posible identificar factores relativamente simples de controlar en el microambiente familiar (limitación funcional, necesidad de asistencia física, riesgo de caídas, uso de fármacos, déficit sensorial, deterioro nutricional, entre otros).

Es importante considerar que, independientemente de la etapa de la historia natural de la enfermedad en que se encuentra un sujeto, pueden y deben seguir operando medidas de prevención primaria, que suelen postergarse en beneficio de la utilización de drogas de alto costo y limitado efecto.

## **SISTEMA DE VARIABLE**

**Variable:** Programa de Orientación en la prevención de la Osteoporosis.

**Definición Conceptual:** Es el proceso educativo que realiza el equipo de salud en relación a la prevención de la osteoporosis dirigido a los diferentes miembros de la comunidad.

**Definición Operacional:** Son las actividades educativas que realizan las enfermeras con las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME en relación a los tres niveles de prevención.



## OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

**Variable:** Programa de Orientación en la prevención de la Osteoporosis.

**Definición Operacional:** Son las actividades educativas que realizan las enfermeras con las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME en relación a los tres niveles de prevención.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ITEMS
<p><b>Primer nivel de Prevención:</b> Son los conocimientos que las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología poseen sobre la promoción de la salud y protección específica, relacionada con la Osteoporosis.</p>	<p><b>Fomento de la Salud:</b> son los conocimientos que las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología tienen en relación a la promoción de la salud y estilos de vida que previenen la Osteoporosis.</p> <p><b>Protección Específica:</b> son los conocimientos que las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología poseen en relación a la protección contra factores de riesgo en la prevención de la osteoporosis</p>	<p><b>Promoción de salud relacionado con osteoporosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas.</li> <li>• Signos y Síntomas.</li> <li>• Medidas Preventivas.</li> <li>• Suplementos Vitamínicos.</li> </ul>	<p><b>1-2</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>4</b></p> <p><b>5</b></p>
		<p><b>Hábitos Alimenticios</b></p>	<b>6</b>
		<p><b>Carnes blancas y rojas</b> (pescado, bistec) etc.</p>	<b>7</b>
		<p><b>Vegetales verdes, amarillos</b> (espinaca, berro)etc.</p>	<b>8</b>
		<p><b>Consumo de Frutas</b> (fresas, manzanas)etc.</p>	<b>9</b>
		<p><b>Evitar Hábitos Nocivos a la Salud.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol.</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Drogas</li> </ul>	<p><b>10</b></p> <p><b>11</b></p> <p><b>12</b></p>
		<p><b>HABITOS SALUDABLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar Ejercicios</li> <li>• Exposición a los rayos solares</li> </ul>	<p><b>13</b></p> <p><b>14</b></p>

DIMENSIONES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ITEMS
<p><b>Segundo Nivel de Prevención:</b> Son los conocimientos que las usuarias mayores de treinta (30) que asisten a la consulta de ginecología poseen sobre el diagnostico temprano y el tratamiento oportuno en la prevención de la osteoporosis.</p> <p><b>Tercer nivel de prevención:</b> Son los conocimientos que la usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología poseen sobre la rehabilitación de la Osteoporosis.</p>	<p><b>Diagnostico Temprano:</b> Son los conocimientos que las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología tienen en relación al diagnostico temprano de la osteoporosis.</p> <p><b>Tratamiento Especifico:</b> Son los conocimientos que las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología tienen en relación con el tratamiento específico de la osteoporosis.</p> <p><b>Rehabilitación:</b> Son los conocimientos que las usuarias diagnosticadas con osteoporosis tienen en relación a su rehabilitación.</p>	<p><b>Consulta de ginecología.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Densimetría Ósea. <b>16</b></li> <li>• Perfil Hormonal. <b>17</b></li> </ul> <p><b>Control del Tratamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementos vitamínicos <b>18</b></li> <li>• Realizar Ejercicios <b>19</b></li> <li>• Control Hormonal <b>20</b></li> <li><b>21</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de densimetría ósea <b>22</b></li> <li>• Control de Examen periódico de estrógeno y Estradiol. <b>23</b></li> <li>• Suplementos Vitamínicos <b>24</b></li> <li>• Control de Tratamiento <b>25</b></li> <li>• Realizar Ejercicios <b>26</b></li> </ul>	

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLOGICO.**

En el desarrollo del siguiente capítulo, se describe el tipo de estudio, población, muestra, instrumento, validez y confiabilidad del instrumento, procedimiento para recolección de datos, tabulación y análisis de datos.

#### **3.1 Tipo de Estudio.**

El estudio realizado es de tipo causi experimental, ya que según Hernández, R; Fernández, F y Baptista, P (1998) los causi experimentos: “toman una acción y miden sus efectos” (p.107). en la presente investigación se aplicó un pre test para identificar los conocimientos que tienen las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPASME; luego se realizó el programa educativo y a la semana siguiente se aplicó el post test.

#### **3.2 Población.**

Arias, F (1998) señala que población “es el conjunto de personas u objetos para el cual serán válidas las conclusiones” (p.35). Para efectos del estudio se consideró pertinente tomar como población a todas las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPASME. De esta manera la población esta integrada por 30 usuarias según información obtenida de los registros.

Según Cánales, F y Pineda, E (1998): “Es el conjunto de individuos y objetos de las que se desea conocer algo en una investigación” (p.124). La población está representada por x personas que asisten a la consulta de ginecología del IPASME, para luego proponer un programa educativo dirigido a esta población.

### **3.3 Muestra.**

Sudman, citado por Hernández, R; Fernández, F y Baptista, P (1998), señalan “la muestra es un subconjunto de la población” (p.204). En este estudio se tomo la muestra probabilística estratificada en relación al esquema de tratamiento que estaban cumpliendo para el momento, ya que se tomó a aquellas usuarias que asisten a la consulta de ginecología.

Para efecto de la investigación la muestra quedó conformada por las treinta 30 usuarias que asisten a la consulta del servicio de ginecología las cuales constituyen el 100% de la población a quienes se aplico el cuestionario (pre-test), asistieron al taller educativo y posterior a éste, se les aplicó el post test para conocer los efectos del programa educativo.

### **3.4 Instrumento.**

Refiere Canales, F y Pineda, E (1998), “es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información, entre estos se encuentran los formularios, las pruebas psicológicas, las escalas de opinión y actitudes, las listas u hojas de control y otros” (p.126).

Para la medición de la variable en estudio, se elaboró un instrumento basado en los indicadores y sub. Indicadores resultantes de la operacionalización de la variable. El instrumento es de tipo cuestionario, esta compuesto por (26) ítems, para determinar el conocimiento de las usuarias en relación a la prevención de la Osteoporosis.

### **3.5 Validez y Confiabilidad del Instrumento.**

La validez de un instrumento de recolección de datos, es definida por Tamayo (1999) como: “Cuando entra el resultado de una prueba o medida y la cosa que se supone medida”. (Pág. 112).

El mismo fue validado por expertos, quienes hicieron las observaciones pertinentes, las cuales fueron tomadas en cuenta por las investigadoras para elaborar el instrumento definitivo.

Para la confiabilidad se aplicó una prueba piloto, tomando (10) pacientes que reunían las mismas características de la muestra, pero no formaban parte de esta. El resultado sirvió para demostrar el grado de confiabilidad del instrumento, según el método de coeficiente de Alfa de Crombach que arrojó un resultado de 0.91. Lo cual significa que el instrumento es confiable, por lo cual se procede a realizar la investigación.

### **3.6 Procedimiento para la recolección de Datos.**

Según refiere Canales, F. y Pineda E. (1998) “la importancia de este componente estriba en que sirve de guía para la ejecución del estudio además permite que otros puedan evaluar la calidad de la información recolectada, así como identificar la forma en que se realizó el estudio. (Pág. 149).

A objeto de recopilar información pertinente se realizaron previamente las

siguientes actividades:

- 3 Se comunicó por escrito y de manera verbal a las autoridades médicas y de enfermería, acerca de las actividades a realizar en la investigación y solicitar el permiso respectivo.
- 4 Se realizaron entrevistas con el personal médico y de enfermería de la consulta de ginecología, para solicitar su colaboración con el desarrollo de la investigación.
- 5 Entrevistas con las pacientes objeto de estudio con el fin de solicitar su colaboración y participación en el taller.

Recolectar y procesar los datos:

- 6 Se aplicó el instrumento a todas pacientes objeto de estudio (pre-test).
- 7 Se desarrollo un programa de orientación (taller) a las pacientes integrantes de la muestra durante una semana (04 días).
- 8 Posteriormente (08 días), se aplicó nuevamente el instrumento (post-test) a dichas pacientes.

### **3.7 Tabulación y Análisis de Datos.**

Posterior a la recolección de la información se presenta el análisis, interpretación y la tabulación de los resultados obtenidos mediante procedimientos estadísticos.

## **CAPÍTULO IV**

### **TABULACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

En este capítulo se presentan el análisis de los resultados tabulados, derivados de la aplicación de la encuesta a las usuarias de la consulta de ginecología del IPASME.

#### **Tipo de Análisis**

El tipo de análisis realizado es de tipo descriptivo-inferencial, puesto que se procedió a reflejar los resultados evidenciados, contrastándolos con los aspectos planteados en el marco teórico del estudio. Mediante este tipo de análisis se trató de determinar el conocimiento de prevención sobre la Osteoporosis que poseen las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME antes y después de un programa de orientación.

#### **Presentación de los Resultados**

Los resultados se concretan en tablas de doble entrada, donde se ubican los resultados en cifras absolutas y relativas, seguidas de sus respectivos gráficos de barra, donde se pueden visualizar las tendencias de los resultados.

### CUADRO N° 1

Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el primer nivel de prevención: Indicador fomento de la salud y prevención específica de la osteoporosis de las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005.

N°	ITEM	PRE – TEST				POST – TEST			
		VERDADERO		FALSO		VERDADERO		FALSO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Osteoporosis disminución de niveles de calcio	15	50	15	50	28	93	2	7
2	Osteoporosis disminución ósea	10	33	20	67	30	100	0	0
3	Osteoporosis signos síntomas	05	17	25	83	30	100	0	0
4	Existen medidas de prevención	18	60	12	40	28	93	2	7
5	Vitamina D prevención de osteoporosis absorción de calcio	05	17	25	83	30	100	0	0
6	Ingerir grupos básicos de alimentos	15	50	15	50	28	93	2	7
7	Ingerir carnes (rojas, blanca)	10	33	20	67	30	100	0	0
8	Ingerir vegetales (verdes)	05	17	25	83	30	100	0	0
9	Ingerir frutas fresca	18	60	12	40	28	93	2	7
10	Evitar alcohol	10	33	20	67	30	100	0	0
11	Evitar cigarrillo	10	33	20	67	30	100	0	0
12	Evitar droga	05	17	25	83	30	100	0	0
13	Realizar ejercicios diarios	10	33	20	67	30	100	0	0
14	Exposición regular al sol	10	33	20	67	30	100	0	0
<b>Total de promedio de porcentaje frecuencia</b>		<b>10.42</b>	<b>34.7</b>	<b>19.5</b>	<b>65.3</b>	<b>29.4</b>	<b>98</b>	<b>0.56</b>	<b>2</b>

Fuente: Instrumento

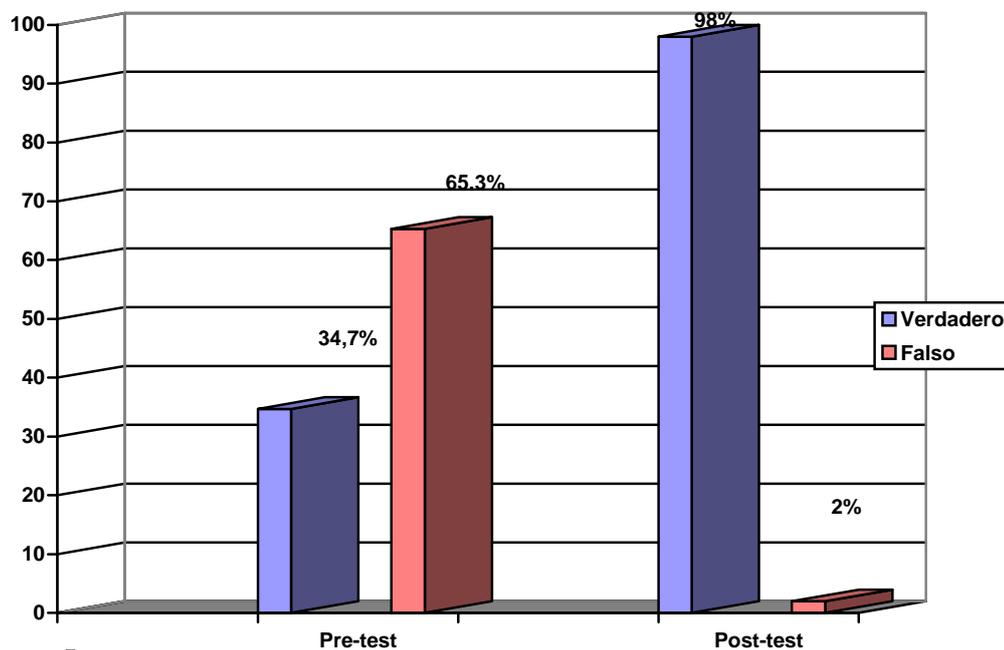
**Análisis:** En el cuadro nº 1 se observaron que en el resultado del pre-test en las repuestas verdaderas se obtuvieron un 34.7% del total de promedio del porcentaje y en las repuestas falsas fue de 65.3% del promedio del porcentaje.

Los resultados del post-test fue de 98% de repuestas verdaderas y un 2% de repuestas falsas.

A la comparación de los resultados del pre-test y post-test en las respuestas verdaderas hubo un aumento de un 63.3%, y una disminución de la respuesta falsa de un 63.3%, eso demuestra la acción positiva del programa educativo considerando un nivel alto.

#### **GRAFICO N° 1**

Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el primer nivel de prevención: Indicador fomento de la salud y prevención específica de la osteoporosis de las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005.



Fuente: Instrumento

### CUADRO N° 2

Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el segundo nivel de prevención: Indicador Diagnóstico temprano y tratamiento de la osteoporosis oportuno de las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005.

N°	ITEM	PRE – TEST				POST – TEST			
		VERDADERO		FALSO		VERDADERO		FALSO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
15	Consulta ginecología	10	33	20	67	30	100	0	0
16	Estudio Densimetría ósea	10	33	20	67	30	100	0	0
17	Reemplazo hormonal	05	17	25	83	30	100	0	0
18	Control de tratamiento	15	50	15	50	28	93	2	7
19	Suplemento vitamínico	10	33	20	67	30	100	0	0
20	Practica de								

	ejercicio	<b>05</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>83</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>21</b>	Control hormonal	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>12</b>	<b>40</b>	<b>28</b>	<b>93</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
<b>Total de promedio de porcentaje frecuencia</b>		<b>10.5</b>	<b>34.7</b>	<b>19.5</b>	<b>65.3</b>	<b>29.5</b>	<b>98</b>	<b>0.5</b>	<b>2</b>

Fuente: Instrumento

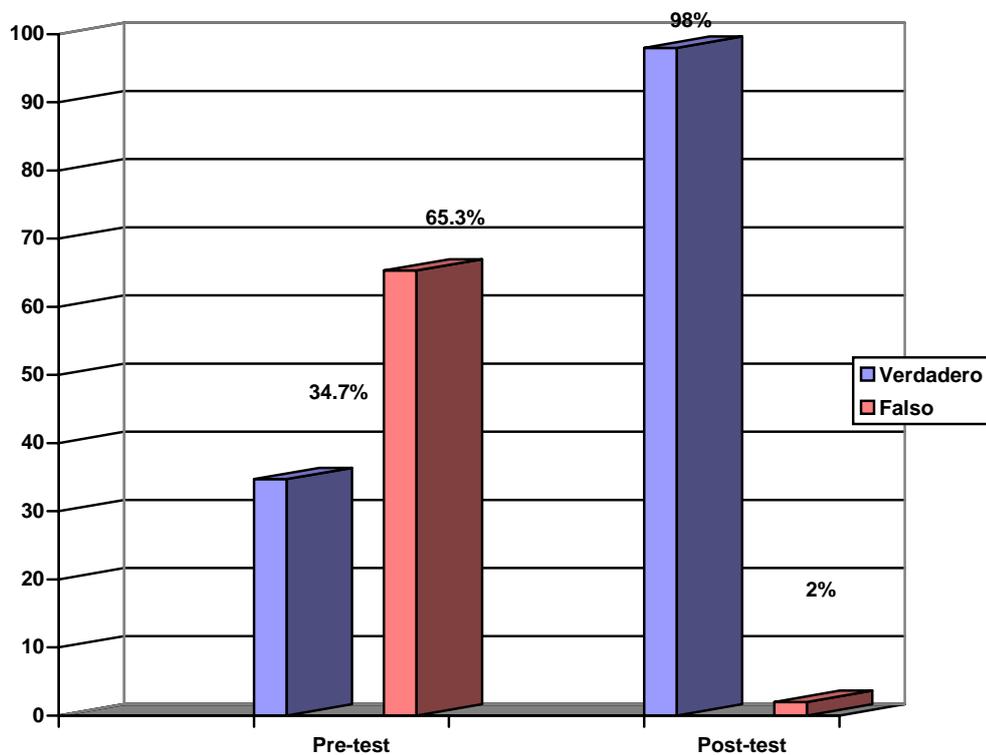
**Análisis:** En el cuadro nº 2 se observaron que en el resultado del pre-test las repuestas verdaderas obtuvo un 34.7% del total de promedio del porcentaje y las repuestas falsas fue de 65.3% del promedio del porcentaje.

Los resultados del post-test fue de 98% de las repuestas verdaderas y un 2% de las repuestas falsas.

A la comparación de los resultados del pre-test y post-test en repuestas verdaderas hubo un aumento de un 63.3%, y una disminución de respuesta falsas igual al aumento de las repuestas positivas, del programa educativo que es considerado alta.

## **GRAFICO N° 2**

Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el segundo nivel de prevención: Indicador diagnostico temprano y tratamiento de la osteoporosis oportuno de las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005.



Fuente: Instrumento

### CUADRO N° 3

Total de promedio de frecuencia y porcentajes de la dimensión relacionada con el tercer nivel de prevención: Indicador Rehabilitación en las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPASME primer trimestre 2005.

N°	ITEM	PRE - TEST				POST - TEST			
		VERDADERO		FALSO		VERDADERO		FALSO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
22	Realizar densimetría ósea	15	50	15	50	28	93	2	7
23	Realizar examen hormonal	10	33	20	67	30	100	0	0
24	Continuar con el suplemento vitamínico	05	17	25	83	30	100	0	0
25	Tratamiento continuo supervisado	18	60	12	40	28	93	2	7
26	Realizar ejercicio dirigido	05	17	25	83	30	100	0	0
<b>Total de promedio de porcentaje frecuencia</b>		<b>10.6</b>	<b>35.4</b>	<b>19.4</b>	<b>64.6</b>	<b>29.2</b>	<b>97</b>	<b>0.8</b>	<b>3</b>

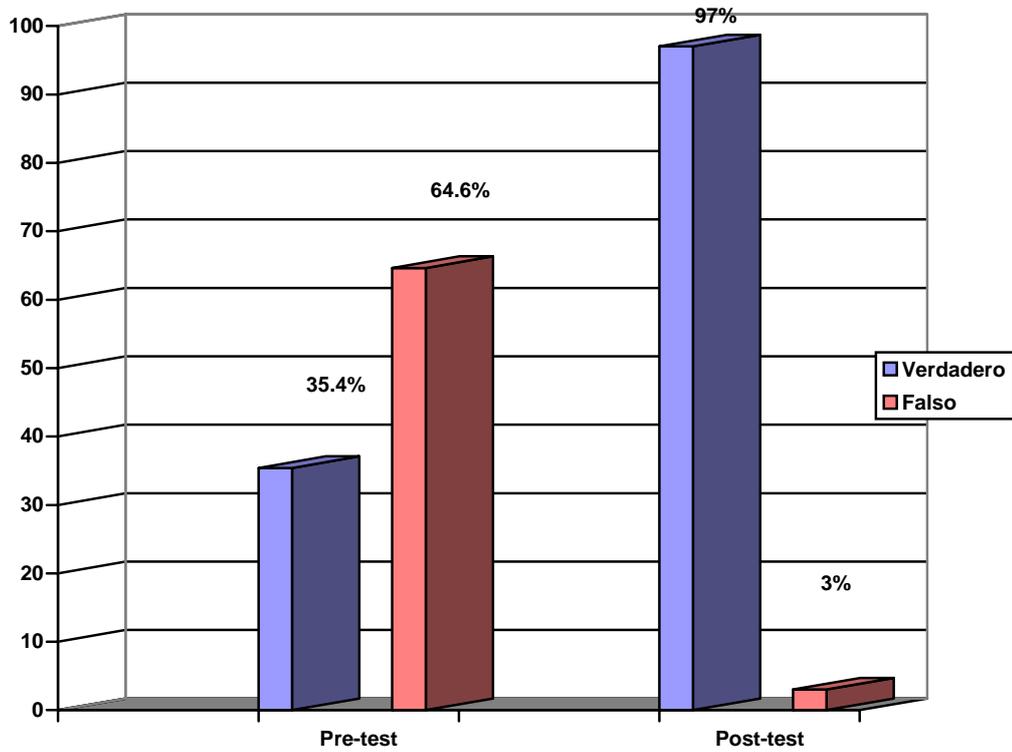
Fuente: Instrumento

**Análisis:** Al analizar el cuadro n° 3 se observaron 35% de respuestas verdaderas y un 64.6% de respuestas falsas. En el post-test se observan un 97% de respuestas verdaderas y un 3% de respuestas falsas.

A la comparación de respuestas verdaderas del pre-test y post-test en las se observa un aumento de un 61.6%, y en las falsas se observan una disminución del mismo porcentaje, sufrido en el aumento. Los resultados de programas son positivos es decir, altos.

### GRAFICO N° 3

Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con el tercer nivel de prevención: Rehabilitación en las usuarias con osteoporosis que asisten a la consulta de ginecología del IPASME primer trimestre 2005.



Fuente: Instrumento

#### CUADRO N° 4

Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con la variable en estudio Programa de orientación en la prevención de la osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de 30 años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005.

N°	ITEM	PRE – TEST				POST – TEST			
		VERDADERO		FALSO		VERDADERO		FALSO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Total de promedio de porcentaje de frecuencia del primer nivel de prevención cuadro n° 1	10.5	35	19.5	65	29.4	98	0.5	2
2	Total de promedio de porcentaje de frecuencia del segundo nivel de prevención cuadro n° 2	10.5	34.7	19.5	65.3	29.5	98	0.5	2
3	Total de promedio de porcentaje de frecuencia del tercer nivel de prevención cuadro n° 3	10.6	35.4	19.4	64.6	29.2	97	0.8	3
<b>Total de promedio de porcentaje de la variable</b>		<b>10.5</b>	<b>35</b>	<b>19.5</b>	<b>65</b>	<b>29.4</b>	<b>97.6</b>	<b>0.6</b>	<b>2.4</b>

Fuente: Instrumento

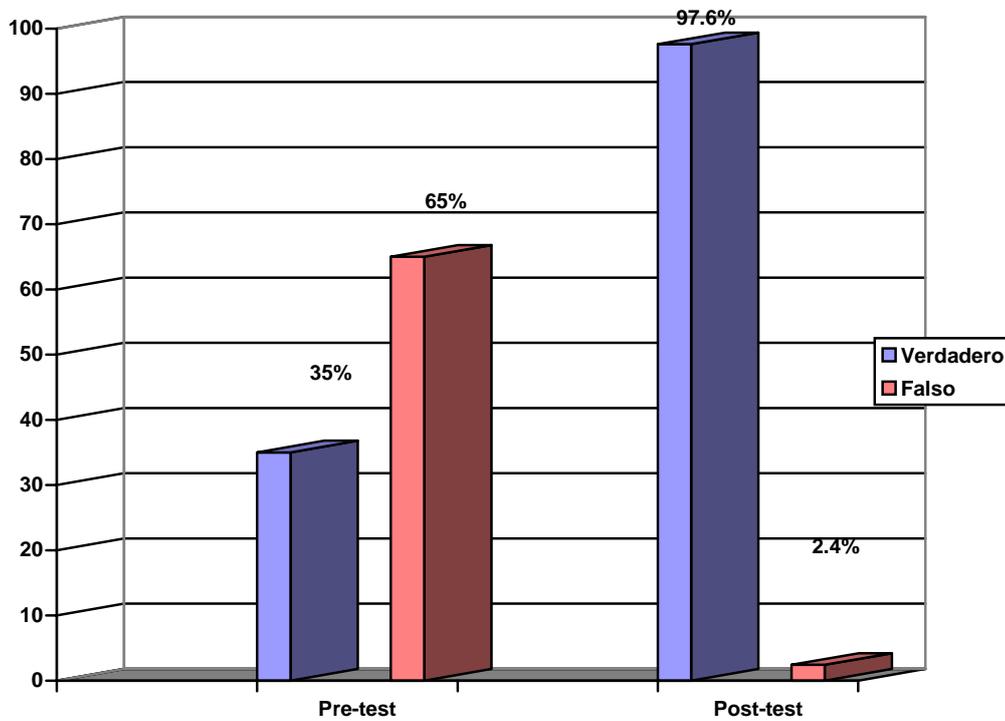
**Análisis:** Al analizar el cuadro n° 4 se observa que el pre-test un 35% de respuestas verdaderas y un 65% de respuestas falsas.

A la comparación de las repuestas verdaderas del pre-test y post-test se observa un aumento de 62.6% y en las repuestas falsas, se observa una disminución

igual al aumento de las verdaderas, los resultados del programa educativo son positivos, es decir alto..

#### GRAFICO N° 4

Total de promedio de frecuencias y porcentajes de la dimensión relacionada con la variable en estudio programa de orientación en la prevención de la osteoporosis dirigido a las usuarias mayores de 30 años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME primer trimestre 2005.



Fuente: Instrumento

## **CAPÍTULO V**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PROGRAMA DE ORIENTACION SOBRE LA PREVENCIÓN  
DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS  
MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA  
CONSULTA DE GINECOLOGIA DEL IPAS-ME**

**AUTORAS:**

**Cabrita Zoraida  
C.I:5.542.308  
González Naudis  
C.I:9.416.732  
Muria Angelina  
C.I:5.431.225**

**Caracas, 2005.**

## INTRODUCCIÓN

**Este programa de orientación esta dirigido a cubrir la necesidad de información, identificada en las usuarias de la consulta de ginecología sobre la prevención de la osteoporosis. El mismo tiene como objeto, que la usuaria, este en capacidad de conocer todo lo relacionado con la enfermedad y sea capaz de implementar esos conocimientos, en la prevención, su autocuidado y el mejoramiento de su calidad de vida.**

**La alta incidencia de osteoporosis en las usuarias de ginecología, fue la principal motivación para realizar este estudio, así como las características especiales que encierra esta enfermedad.**

**Se espera que al brindarle las orientaciones necesarias, estas sirvan para motivarlas a que tomen conciencia de la importancia en el cumplimiento de normas relacionadas con la promoción de la salud, la prevención específica de la osteoporosis, la importancia de su diagnóstico temprano así como estar orientada sobre los tratamientos, para poder controlar la enfermedad.**

**El profesional de enfermería, es el llamado a contribuir que la usuaria modifique su estilo de vida, mediante la educación, promoviendo estilos de vida saludables y motivándolas para que participen en su autocuidado, con responsabilidad y fundamentados en el conocimiento adquirido.**

## **JUSTIFICACIÓN**

**El programa de orientación sobre la prevención de la osteoporosis, dirigido a la usuaria de la consulta de ginecología en su nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria se justifica por cuanto esta enfermedad mantiene alto índice de morbilidad y discapacidad, además, constituye un problema de salud pública.**

**La usuaria de la consulta de ginecología, debe poseer los conocimientos sobre la osteoporosis, necesarios para aplicar las medidas de autocuidado, dirigidas a prevenir la enfermedad, su prevención específica, diagnóstico y tratamiento temprano, así como la rehabilitación para evitar la discapacidad permanente.**

**La necesidad de elaborar el programa de orientación surge debido a la poca información que poseen las usuarias.**

## OBJETIVO TERMINAL

**Al finalizar las actividades de enseñanza–aprendizaje, las usuarias de la consulta de ginecología del IPAS-ME estarán en capacidad de reconocer aspectos relacionados con la osteoporosis, hábitos de vida saludables, factores de riesgo, la protección específica, la importancia del diagnóstico, el tratamiento temprano y las medidas de rehabilitación.**

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Identificar aspectos relacionados con el primer nivel de prevención, en relación a promoción de la salud y prevención específica.**

**Identificar aspectos relacionados con el segundo nivel de prevención, en relación a diagnóstico y tratamiento temprano.**

**Identificar aspectos relacionados con el tercer nivel de prevención, en relación a la rehabilitación.**

## SINOPSIS DE CONTENIDO

### **PRIMER NIVEL DE PREVENCIÓN**

**Promoción de la salud:** Estilos de vida favorables para una Calidad de Vida.

Osteoporosis, causas, signos y síntomas, medidas preventivas, suplementos vitamínicos.

#### **Protección específica:**

Hábitos alimenticios, hábitos nocivos a la salud y hábitos saludables.

### **SEGUNDO NIVEL DE PREVENCIÓN:**

#### **Diagnóstico temprano:**

Consulta ginecológica, densimetría ósea, perfil hormonal.

#### **Tratamiento específico:**

Suplementos vitamínicos, ejercicios y control hormonal.

### **TERCER NIVEL DE PREVENCIÓN:**

Control de densimetría ósea, control de hormonas, suplementos vitamínicos, control de tratamiento, ejercicios.

### **ESTRATEGIAS PARA LA ENSEÑANZA:**

- A. Micro-conferencia.**
- B. Trabajo de Subgrupos-plenaria.**
- C. Uso de Rotafolio**
- D. Trípticos**
- E. Pizarra – Tiza, Borrador.**

#### **EVALUACIÓN:**

**La evaluación se realizará tomando las preguntas e intervenciones individuales de los participantes así como las conclusiones de los subgrupos que presenten en las plenarias para llegar a conclusiones de todo grupo.**

#### **INTENSIDAD HORARIA:**

**El programa de orientación se ha distribuido en ocho (8) horas, repartidas en cuatro (4) sesiones de dos (2) horas.**

PROGRAMA DE ORIENTACION SOBRE LA PREVENCION  
DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS  
**MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA**  
CONSULTA DE GINECOLOGIA DEL IPAS-ME.

OBJETIVO GENERAL: DETERMINAR LAS IDEAS NECESARIAS DE ORIENTACIÓN DE LAS USUARIAS  
TOMANDO EN CUENTA EL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE PREVENCIÓN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	MÉTODO DE ENSEÑANZA	RECURSOS	EVALUACIÓN
<p>Al finalizar las actividades de enseñanza – aprendizaje, las usuarias de la consulta de ginecología, estarán en capacidad de:</p> <p>1.Explicar que es la Osteoporosis, causas, signos y síntomas, tomando las medidas relacionadas con el primer nivel de prevención.</p> <p>2.Explicar los Hábitos alimenticios, hábitos nocivos a la salud y hábitos saludables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteoporosis,</li> <li>• Causas,</li> <li>• Signos y síntomas,</li> <li>• Medidas preventivas,</li> <li>• Suplementos vitamínicos.</li> </ul> <p>Hábitos alimenticios,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos nocivos a la salud</li> <li>• Hábitos saludables.</li> </ul>	<p><b>Micro-Exposición</b></p> <p><b>Dinámica grupal</b></p>	<p><b>Rotafolios</b></p> <p><b>Trípticos</b></p> <p><b>Pizarra</b></p> <p><b>Tiza</b></p> <p><b>Borrador</b></p>	<p><b>Interrogatorio</b></p> <p><b>Participación de la usuaria</b></p> <p><b>Tiempo 60 minutos</b></p>
		<p><b>Micro-Exposición</b></p>	<p><b>Rotafolios</b></p>	<p><b>Interrogatorio</b></p> <p><b>Postest, 8 días.</b></p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	MÉTODO DE ENSEÑANZA	RECURSOS	EVALUACIÓN
<p><b>3. Explicar las medidas del segundo nivel de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento específico.</b></p>	<p><b>Diagnostico Temprano.</b>  <b>Consulta de ginecología.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Densimetría Ósea.</li> <li>• Perfil Hormonal.</li> </ul> <p><b>Control del Tratamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suplementos vitamínicos</li> <li>• Realizar Ejercicios</li> <li>• Control Hormonal</li> </ul>	<p>Micro-Exposición  Organizar en Subgrupos.  Entrega material de apoyo.  Participar en la discusión grupal.  Elaboración de conclusiones.  Organizar plenarias.</p>	<p><b>Rotafolio</b>   <b>Tríptico</b>   <b>Pizarra</b>   <b>Tiza</b>   <b>Borrador</b></p>	<p><b>Preguntas y respuestas</b>   <b>Interrogatorio</b>   <b>Participación de la usuaria</b></p>
<p><b>4. Explicar la importancia de los controles médicos, para una buena rehabilitación.</b></p>	<p><b>Control Medio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de densimetría ósea</li> <li>• Control de Examen periódico de estrógeno y Estradiol.</li> <li>• Suplementos Vitamínicos</li> <li>• Control de Tratamiento</li> <li>• Realizar Ejercicios</li> </ul>	<p>Micro-Exposición.   Discusión del material de apoyo.</p>		

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis e interpretación de la variable en estudio y de sus resultados.

#### Conclusiones

1 **En relación con el Primer Nivel de Prevención:** Indicador fomento de la salud y prevención específica.

- En relación al primer y segundo indicador, fomento de la salud y prevención específica el 65.3% de las usuarias de la consulta de ginecología, antes de participar el programa de orientación, (pre-test) desconocían las medidas, referidas a las causas, signos y síntomas, consumo de suplementos vitamínicos. Una vez concluido el programa de orientación el 98% de la población estudiada demostró haber obtenido la información. Es decir alta, en relación al indicador fomento de la salud prevención específica.

1 **En relación con el Segundo Nivel de Prevención:** Indicador Diagnóstico temprano y tratamiento específico.

- En relación al indicador Diagnóstico temprano y tratamiento específico un 65,3% de las usuarias antes de ejecutarse el programa de orientación desconocían las medidas referentes a la prevención (pre-test). Sin embargo una vez participado en el programa de orientación, el 98% de la usuarias adquirieron la información respectiva (post-test). Al analizar los datos se encuentran que el programa educativo fué exitoso en respuestas altas.

## **2 En relación con el Tercer Nivel de Prevención: Indicador Rehabilitación.**

- En cuanto al tercer nivel de prevención en su indicador rehabilitación, en las usuarias con osteoporosis, antes del programa de orientación, un 35,4% de las usuarias demostraron tener información al respecto (pre-test), mientras que el 97% de las mismas adquirieron información después de haber recibido el programa de orientación (post-test), lo que demuestra que el mismo fué altamente positivo.

### **Recomendaciones**

Con base en los resultados y las conclusiones obtenidas se formulan las siguientes recomendaciones:

- Informar a las Autoridades del IPAS-ME, Gerencia Médica y enfermería los resultados de la investigación.
- Solicitar reuniones con el jefe Médico del departamento de ginecología, con la coordinadora docente del departamento de enfermería en conjunto con las investigadoras, hacer una revisión del programa de orientación de la prevención de las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME, con el objetivo de efectuar los ajustes necesarios para implantarlo en dicho servicio y luego extenderlo a otros centros a nivel nacional.
- Replicar este estudio en otros centros o instituciones adscritas al IPAS-ME con usuarias que asisten a las consultas.
- Presentar los resultados de este trabajo en eventos relacionados con salud y educación a nivel local, distrital, regional y nacional.

# **ANEXOS**

**ANEXO A**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE: PROGRAMA DE  
ORIENTACION SOBRE LA PREVENCIÓN DE  
LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS  
MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA  
DE GINECOLOGÍA DEL IPAS-ME EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2005.**

**AUTORAS:**

**T.S.U. Cabrita Zoraida  
C.I: 5.542.308  
T.S.U. González Naudis  
C.I: 9.416.732  
T.S.U. Muria Angelina  
C.I: 5.431.225**

**Respetable usuaria:**

Solicitamos de usted llenar la siguiente encuesta, la cual tiene como finalidad obtener datos con relación al trabajo de investigación titulado “Orientación sobre la Prevención de la Osteoporosis”, dirigida a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME.

Esta investigación se realiza como requisito exigido para culminar los estudios y obtener el título de Licenciada en Enfermería.

La encuesta es anónima, no necesita firmarla. Se le agradece leer y contestar todas las preguntas se le garantiza ser utilizadas para datos de esta investigación guardando los principios éticos.

Agradeciendo su colaboración y atención

Atentamente

**LAS ESTUDIANTES**

T.S.U Zoraida Cabrita.  
C.I 5.542.308

T.S.U González Naudis  
C.I 9.416.732

T.S.U Muria Angelina  
C.I 5.431.225

## INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una serie de preguntas que usted deberá responder en su totalidad, se sugiere que:

- ❖ Lea cuidadosamente el instrumento.
- ❖ Marque con X una de las alternativas que considere correcta.
- ❖ Consultar con el encuestador si se presenta dudas o confusión en la pregunta formulada.
- ❖ La información suministrada por usted será confidencial y anónima.

**Gracias.**

<b>Preguntas relacionadas con el primer nivel de Prevención Fomento y Protección específica.</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
1.-La osteoporosis es la disminución de los niveles de calcio en el organismo		
2.-La osteoporosis es la disminución de la masa ósea		
3.-los signos y síntomas de la osteoporosis pueden pasar desapercibidos		
4.-Existen medidas que ayudan en la prevención para la osteoporosis		
5.-El suplemento de vitamina D adicional en la alimentación ayuda en la prevención de la Osteoporosis y a la absorción del calcio		
6.-Debe ingerir los tres grupos básicos de alimentos		
7.-En su alimentación debe ingerir carnes blancas y rojas(pescado, pollo, bistec) etc		
8.-Debe ingerir vegetales verdes y amarillos(brócoli, espinaca, berro etc).		
9.-Debe ingerir frutas(fresas, manzanas) etc		
10.- Debe evitar el consumo de Alcohol		
11.- Debe evitar el consumo de cigarrillos		
12.- Debe evitar el consumo de drogas		
13.-El realizar ejercicios diariamente ayuda a la prevención de la osteoporosis		
14.-La exposición regular a los rayos solares diariamente permiten obtener la vitamina D y ayuda a fijar el calcio.		
<b>Preguntas relacionadas con el segundo nivel de prevención diagnostica temprano y tratamiento oportuno.</b>		
<b>Ud. Tiene conocimientos que:</b>		
15.-Debe asistir a la consulta ginecológica regularmente para sus controles		
16.-La Densimetría ósea es el estudio para diagnosticar la osteoporosis		
17.-El reemplazo hormonal evita la pérdida de masa ósea en los huesos de la mujer		
18.-Debe seguir su control de tratamiento		
19.-Debe seguir tomando su suplemento vitamínico		
20.-La practica de ejercicios (en caso de haber sido diagnosticada) debe ser continuado		
21.-Debe tener un control Hormonal		

<b>Preguntas relacionadas con el tercer nivel de prevención. Rehabilitación.</b>		
22.-Debe realizar las densimetría ósea control cuando el medico lo indique.		
23.-Debe realizarse el examen periódico de estrógeno y estradiol		
24.-Debe continuar con su suplemento vitamínico		
25.-Su tratamiento debe ser continuo y supervisado		
26.-Los ejercicios que Ud. Realiza deben ser dirigidos		

## ANEXO B

### ANEXO B

#### Certificado de Validez

Yo, Carmen B. Jiménez, en mi carácter de docente en Investigación, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de las investigación que desarrollan los T.S.U: Cabrita Zoraida C.I: 5.542.308; González Naudis C.I: 9.416.732 y Muria Angelina C.I: 5.431.225, con la finalidad de ser utilizados en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título tentativo es: **PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DEL IPASME**, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.

Firma de quien valida

epm'A

C.I:

2592023

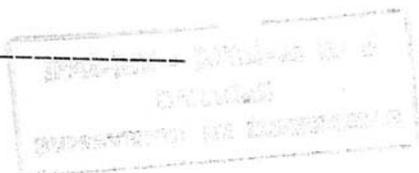
Certificado de Validez

Yo, Juke Touar, en mi carácter de docente en lic Enfermería, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de las investigación que desarrollan los T.S.U: Cabrita Zoraida C.I: 5.542.308; González Naudis C.I: 9.416.732 y Muria Angelina C.I: 5.431.225, con la finalidad de ser utilizados en su Trabajo Especial de Grado, cuyo titulo tentativo es: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DEL IPASME, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.

Firma de quien valida \_\_\_\_\_



C.I: 3.239.038



Certificado de Validez

Yo, Frankie Pérez Silva, en mi carácter de docente en Reumatología, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de las investigación que desarrollan los T.S.U: Cabrita Zoraida C.I: 5.542.308; González Naudis C.I: 9.416.732 y Muria Angelina C.I: 5.431.225, con la finalidad de ser utilizados en su Trabajo Especial de Grado, cuyo titulo tentativo es: DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DEL IPASME, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.

Firma de quien valida \_\_\_\_\_

  
Dr. Frankie G. Pérez Silva  
Genetista - Reumatólogo  
C.I. 7.362.192 / M.S.S 36.141  
CMC 22.294

C.I: V-7362192

Certificado de Validez

Yo, Mayda Moreno de Diaz, en mi carácter de docente en IPAS ME (Médico), certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de las investigación que desarrollan los T.S.U: Cabrita Zoraida C.I: 5.542.308; González Naudis C.I: 9.416.732 y Muria Angelina C.I: 5.431.225, con la finalidad de ser utilizados en su Trabajo Especial de Grado, cuyo titulo tentativo es: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DEL IPASME, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.



UNIDAD MEDICO ODONTOLÓGICA - CARACAS  
IPAS-ME

*Dr. Mayda Moreno de Diaz*  
GINECOLOGO

Firma de quien valida

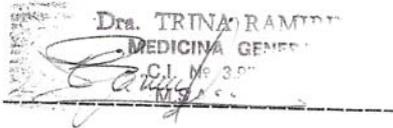
~~C.I. 2.670.279 M.S.A.S. 12.960~~

C.I.: 2.670.279

Certificado de Validez

Yo, DRA: Elena Romérez, en mi carácter de docente en \_\_\_\_\_, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de las investigación que desarrollan los T.S.U: Cabrita Zoraida C.I: 5.542.308; González Naudis C.I: 9.416.732 y Muria Angelina C.I: 5.431.225, con la finalidad de ser utilizados en su Trabajo Especial de Grado, cuyo titulo tentativo es: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DEL IPASME, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.

Firma de quien valida

  
Dra. TRINA RAMÍREZ  
MEDICINA GENERALISTA  
C.I. No. 3970045

C.I: 3970045

Certificado de Validez

Yo, Sara Jiménez, en mi carácter de docente en Enfermería, certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de datos de las investigación que desarrollan los T.S.U: Cabrita Zoraida C.I: 5.542.308; González Naudis C.I: 9.416.732 y Muria Angelina C.I: 5.431.225, con la finalidad de ser utilizados en su Trabajo Especial de Grado, cuyo titulo tentativo es: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA DEL IPASME, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.

Firma de quien valida



C.I:

2060706

## ANEXO C

### CALCULO DE CONFIABILIDAD

Para la confiabilidad del instrumento se aplicó el coeficiente de Alfa de Crombach a través de la siguiente formula:

$$r_{kk} = \frac{k - 1 - \sum S^2_i}{k - 1} \left[ \frac{S^2_t}{S^2_t} \right]$$

Donde:

K = numero de Ítem

S<sup>2</sup><sub>i</sub> = varianza de los puntajes de cada ítem

S<sup>2</sup><sub>t</sub> = varianza de los puntajes totales

1= Constante.

$$r_{kk} = \frac{26 - \sum 10}{25} \left[ \frac{1 - 81.5}{81.5} \right]$$

$$r_{kk} = 1.04 \left[ 1 - 0.12 \right]$$

$$r_{kk} = 1.04 \left[ 0.88 \right] = 0.91$$

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMENAR, y C (1996) **Atención de Enfermería y su relación con la Satisfacción de las Necesidades de las pacientes con Osteoporosis que asisten a la consulta de Ginecología del Hospital de Cuernavaca en México.** Trabajo de Ascenso. Sistema de Información LicLac.

ALVÁREZ, L. (1996) **Participación del profesional de enfermería en relación al programa ampliado de inmunizaciones en el ambulatorio Carlos Soubllette de la Parroquia Caraballeda.** Tesis de Grado. Universidad central de Venezuela. Escuela Experimental de Enfermería

ARANDA, P. (2000) **Epidemiología General Tomo.** Universidad de los Andes. Talleres Gráficos Universitarios. Mérida Estado Mérida. Venezuela.

ARCHER, S. y FLESHMAN, R. (1982) **Enfermería de Salud Comunitaria.** Colombia, 2da Edición. Editorial Carvajal.

ARIAS, F. (1998) **El proyecto de Investigación. Guía para su Elaboración.** 2da edición Normas APA. Editorial Episteme.

ASOCIACIÓN PARA LA OSTEOPOROSIS (2000) **Informe anual de la Osteoporosis en Europa.**

Archivos venezolanos de Farmacología y Terapéutica.

BALDERRAMA, R. (2002) **Mimeografiado sobre Osteoporosis.** Monografías.com.

BEREK, J.; HILLARD, P. ADASHI, P. y ADASHI, E. (1997) **Ginecología del Novak.** 12va edición. Editorial Interamericana. Madrid – España.

CANALES, F. y PINEDA, E. (1998) **Metodología de la Investigación**. Organización Panamericana de la Salud. Washington D C.

CARPENA, M. (2000) **Mimeografiado sobre Osteoporosis**. Monografías.com. México

CORREA y HENRIQUEZ (1998) **Participación de Enfermería en la Prevención y Control de la Osteoporosis en la Mujer de la Tercera Edad en el Ambulatorio “Dr. César Rodríguez” del Algodonal**. Trabajo Especial de Grado. Colegio Universitario Cecilio Acosta. (CULTCA). Los Teques Estado Miranda

DEL REY, J. CALVO J. (1998) **Como Cuidar la Salud**. Editorial Harcourt – Brace. España.

DÍAZ CURIEL (1997) **Salud Femenina**. Temas Varios. Ediciones Salvat. España.

DÍAZ, C.; GARCÍA, I. y CONO, R. (2000) **Fisiopatología Médica**. Editorial Panamericana. 2da Edición.

DICCIONARIO **EL PEQUEÑO LAROUSSE** (1998). Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Editorial Larousse, Colombia.

GALUÉ, G. (2001). **Incidencia de Osteoporosis en un grupo de poblaciones de Valencia por UNILIME –UC**. Universidad de Carabobo. Trabajo Especial de Postgrado. Escuela de Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo-Valencia Estado Carabobo Venezuela.

GARCÍA, A.; SÁEZ, J. y ESCARBAJAL, A. (2000). **Educación para la salud**. Editorial Aran. España.

GREENE, S. y MORTON (1988) **Educación para la Salud**. México; Editorial Interamericana 1era Edición. México, D F.

HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, F. y BAPTISTA, P. (1998) **Metodología de la Investigación**. 2da edición Editorial McGraw – Hill, México, D F.

INSTITUTO DE PREVISIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN (IPASME) (1999) **Informe anual del departamento de Estadística**. Caracas, Venezuela

JAUREQUI, C. y SUÁREZ, C. (1998) **Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad**. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

LÓPEZ, M. (1993) **Educación Sanitaria**. Editorial McGraw – Hill. Interamericana. México D.F.

LUNA. L. (1980) **Enfermería Sanitaria**. Editorial Interamericana. 2da edición. México D.F.

MARRINER, A. (1994) **Administración de los Servicios de Enfermería**. Editorial Interamericana. 1era edición. México.

MARTÍN, A. y CANO, J. (1996) **Mimeografiado sobre Educación**. OMS. Suiza.

MELÉNDEZ, R (1997) **Aplicación de un programa Educativo dirigido a las pacientes posmenopáusicas que asisten a la consulta de ginecología del Hospital de Monterrey en México**. Trabajo Especial de Grado. Sistema de Información LicLac. México, Monterrey.

MÉNDEZ, de D.; MONTAÑO, R.; ESCALANTE, A.; SÁNCHEZ, R. (2000). **Modulo Instruccional Enfermería Comunitaria II**. Enfermería en Salud Comunitaria. Escuela de Enfermería. UCV. Caracas, Venezuela.

MINISTERIO DE LA SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (MSDS) (2002-2003) **Informe Anual**. Caracas, Venezuela.

MURILLO, V. (2002) **Prevalencia de la Osteoporosis en la Mujer Mexicana**. Sistema de Información LicLac. México D.F

OFICINA DE CENTRAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA (OCEI) **Informe Estadístico Anual**. Caracas-Venezuela

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2000) **Informe Anual**. Washington D. C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1995) **Informe Anual**. Washington D. C.

PARRA, M. y HERNÁNDEZ, M. (1998) **Mimeografiado sobre Osteoporosis**. Monografías.com. Barcelona, España.

PERDOMO, J. (1995) **Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la Atención de pacientes con osteoporosis en el Servicio de Medicina Interna y Endocrinología del Hospital Universitario de Caracas UCV**. Tesis de Grado. Escuela Experimental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

PÉREZ, R. (1992) **El currículum y sus componentes**. Editorial Oikos – Tau. Barcelona, España

POTTER, P. (1996) **Tratado de Enfermería**. Segunda edición. Editorial Habarcourt Brace. Madrid, España.

STERLING, W. (1999) Secretos de la Reumatología. **Editorial Interamericana**. México, D.F.

TAMAYO (1999) **Metodología de la Investigación**. Ediciones Panapo. 1era edición. Caracas, Venezuela.

VALERO, C. (2004) **Mimeografiado sobre Osteoporosis**. Monografías.com. Estado Zulia, Venezuela.

VELÁSQUEZ, G (1999) **Fisiopatología Médica**. 3era edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C

WEAVER, Barbara (1990) **Enfermería en Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas**. 1era edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.

WESLEY, R. (1995) **Teorías y Modelos de enfermería**. Editorial McGraw – Hill Interamericana, México, D.F.

# **ANEXOS**

**ANEXO A**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE: PROGRAMA DE  
ORIENTACION SOBRE LA PREVENCIÓN DE  
LA OSTEOPOROSIS DIRIGIDO A LAS USUARIAS  
MAYORES DE TREINTA (30) AÑOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA  
DE GINECOLOGÍA DEL IPAS-ME EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2005.**

**AUTORAS:**

**T.S.U. Cabrita Zoraida  
C.I: 5.542.308  
T.S.U. González Naudis  
C.I: 9.416.732  
T.S.U. Muria Angelina  
C.I: 5.431.225**

**Respetable usuaria:**

Solicitamos de usted llenar el siguiente cuestionario, el cual tiene como finalidad obtener datos con relación al trabajo de investigación titulado “Orientación sobre la Prevención de la Osteoporosis”, dirigida a las usuarias que asisten a la consulta de ginecología del IPAS-ME.

Esta investigación se realiza como requisito exigido para culminar los estudios y obtener el título de Licenciada en Enfermería.

El cuestionario es anónimo, no necesita firmarlo. Se le agradece leer y contestar todas las preguntas se le garantiza ser utilizadas para datos de esta investigación guardando los principios éticos.

Agradeciendo su colaboración y atención

Atentamente

## **INSTRUCCIONES**

A continuación se le presenta una serie de preguntas que usted deberá responder en su totalidad, se sugiere que:

- 1 Lea cuidadosamente el instrumento.
- 2 Marque con X una de las alternativas que considere correcta.
- 3 Consultar con el encuestador si se presenta dudas o confusión en la pregunta formulada.
- 4 La información suministrada por usted será confidencial y anónima.

**Gracias.**

<b>Preguntas relacionadas con el primer nivel de Prevención Fomento y Protección específica.</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
1.-La osteoporosis es la disminución de los niveles de calcio en el organismo		
2.-La osteoporosis es la disminución de la masa ósea		
3.-los signos y síntomas de la osteoporosis pueden pasar desapercibidos		
4.-Existen medidas que ayudan en la prevención para la osteoporosis		
5.-El suplemento de vitamina D adicional en la alimentación ayuda en la prevención de la Osteoporosis y a la absorción del calcio		
6.-Debe ingerir los tres grupos básicos de alimentos		
7.-En su alimentación debe ingerir carnes blancas y rojas(pescado, pollo, bistec) etc		
8.-Debe ingerir vegetales verdes y amarillos(brócoli, espinaca, berro etc).		
9.-Debe ingerir frutas(fresas, manzanas) etc		
10.- Debe evitar el consumo de Alcohol		
11.- Debe evitar el consumo de cigarrillos		
12.- Debe evitar el consumo de drogas		
13.-El realizar ejercicios diariamente ayuda a la prevención de la osteoporosis		
14.-La exposición regular a los rayos solares diariamente permiten obtener la vitamina D y ayuda a fijar el calcio.		
<b>Preguntas relacionadas con el segundo nivel de prevención diagnostica temprano y tratamiento oportuno.</b>		
<b>Ud. Tiene conocimientos que:</b>		
15.-Debe asistir a la consulta ginecológica regularmente para sus controles		
16.-La Densimetría ósea es el estudio para diagnosticar la osteoporosis		
17.-El reemplazo hormonal evita la perdida de masa ósea en los huesos de la mujer		
18.-Debe seguir su control de tratamiento		
19.-Debe seguir tomando su suplemento vitamínico		
20.-La practica de ejercicios (en caso de haber sido diagnosticada) debe ser continuado		
21.-Debe tener un control Hormonal		

<b>Preguntas relacionadas con el tercer nivel de prevención. Rehabilitación.</b>		
22.-Debe realizar las densimetría ósea control cuando el medico lo indique.		
23.-Debe realizarse el examen periódico de estrógeno y estradiol		
24.-Debe continuar con su suplemento vitamínico		
25.-Su tratamiento debe ser continuo y supervisado		
26.-Los ejercicios que Ud. Realiza deben ser dirigidos		

## ANEXO C

### CALCULO DE CONFIABILIDAD

Para la confiabilidad del instrumento se aplicó el coeficiente de Alfa de Crombach a través de la siguiente formula:

$$r_{kk} = \frac{k - 1 - \sum S^2_i}{k - 1} \left[ \frac{S^2_t}{S^2_t} \right]$$

Donde:

K = numero de Ítem

S<sup>2</sup><sub>i</sub> = varianza de los puntajes de cada ítem

S<sup>2</sup><sub>t</sub> = varianza de los puntajes totales

1= Constante.

$$r_{kk} = \frac{26 - \sum 10}{25} \left[ \frac{1 - 81.5}{81.5} \right]$$

$$r_{kk} = 1.04 \left[ 1 - 0.12 \right]$$

$$r_{kk} = 1.04 \left[ 0.88 \right] = 0.91$$

## ANEXO D

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA

Para: Lic. jefe del Departamento de Enfermería y Adjunta Docente.

De: Las Técnicas Superiores en Enfermería.

Nos dirigimos a ustedes en la oportunidad de solicitar muy respetuosamente su valiosa colaboración de permitirnos llevar a cabo un **Programa de Orientación sobre la Prevención de la Osteoporosis** dirigido a las usuarias mayores de treinta (30) años que asisten a la consulta de Ginecología del IPAS-ME, investigación realizada con el propósito de optar el título de Licenciadas en enfermería.

Agradeciendo su colaboración y la atención que puedan prestar a la presente.

Atentamente.

Cabrita Zoraida  
C.I:5.542.308  
González Naudis  
C.I:9.416.732  
Muria Angelina  
C.I:5.431.225

**Recolección de Información sobre las Usuaris que asisten  
a la Consulta de Ginecología  
IPAS-ME.**





## ANEXO F