



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROFESIONALIZACIÓN**

CONOCIMIENTOS QUE POSEE LA MUJER JOVEN SOBRE PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS

AUTORES:

Br. Chamorro, Cristina
Br. López, Ana
Br. Pazó, Mariza
Br. Tuana, Elena
Br. Zeballos, Jacqueline

TUTORES:

Lic. Enf. Bracco, Alicia
Lic. Enf. Correa, Ana

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2006

**NO HACE FALTA ALAS
PARA HACER UN SUEÑO
BASTA CON LAS MANOS...
Y CON EL EMPEÑO.**

Silvio Rodríguez.

AGRADECIMIENTOS.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos quienes hicieron posible llevar a cabo nuestra investigación como ser autoridades y funcionarios de la policlínica de la IMM María Luisa Tiraparé; a la Dra. Grela del MSP del Programa “Mujer y Género” y a las tutoras docentes Licenciadas de Enfermería Alicia Bracco y Ana Correa.

A nuestra familia por su apoyo incondicional alentándonos en forma permanente y en especial a María Belén, Jessica, Julieta y Nandi.

ABREVIATURAS.

ANT.....	Antecedentes
CM.....	Centímetro.
DESOC.....	Desocupado
DS.....	Desvío estándar.
Dra.....	Doctora.
G.....	Gramos.
GEOSUR.....	Grupo de Estudios Osteopatías de la Sociedad Uruguaya de reumatología
I. M. C.....	Índice de masa corporal
IMM.....	Intendencia Municipal de Montevideo.
INSUF.....	Insuficiencia
Kg.....	Kilogramos.
L.....	Litros.
MG.....	Miligramos.
MSP.....	Ministerio de Salud Pública.
OMS.....	Organización Mundial de la Salud.
PAT.....	Patologías
P. COMP.....	Primaria completa
P. INC.....	Primaria incompleta
SEC. COMP.....	Secundaria completa
SEC. INC.....	Secundaria incompleta
TERC. COMP.....	Terciaria completa
TERC. INC.....	Terciaria incompleta
TRAB.....	Trabajo.

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS.

Tabla N° 1 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según edad.....pág. 29
Tabla N° 2 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según estado civil.pág. 30
Tabla N° 3 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según el número de integrantes del núcleo familiar a su cargo.pág. 31
Tabla N° 4 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según nivel de instrucciónpág.32
Tabla N° 5 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según ocupaciónpág. 33
Tabla N° 6 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según factores de riesgo no modificables. 6. 1 -Raza.....pág. 34 6. 2 - Antecedentes patológicos personales.....pág. 35 6. 3 -Antecedentes familiarespág. 36
Tabla N° 7 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según los factores de riesgo modificables. 7. 1 - Tabaquismopág. 37 7. 2 - Alcoholismopág. 38 7. 3 -Consumo de lácteospág. 39 7. 4 - Ejerciciospág. 40 7. 5 - Exposición al solpág. 41 7. 6 -IMCpág. 42 7. 7 -Medicaciónpág. 43
Tabla N° 8 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según conocimientopág. 44
Tabla N° 9 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según fuente de información.pág. 45 a 46
Tabla N° 10 y Gráfico	-Distribución de la población encuestada según el interéspág. 47

ÍNDICE.

Resumen.....	pág. 7
Introducción.....	pág. 8
Marco Teórico.....	pág. 9 a 23
Tema, Problema y Objetivos.....	pág. 24
Diseño Metodológico.....	pág. 25
Plan de tabulación y análisis.....	pág. 26 a 28
Resultados.....	pág. 29 a 47
Análisis.....	pág. 48 a 49
Conclusiones y Sugerencias.....	pág. 50
Bibliografía.....	pág. 51
Anexos.....	pág. 52

RESUMEN.

Este trabajo se llevó a cabo para investigar que conocimientos tiene la mujer joven entre 18 a 35 años sobre la prevención de osteoporosis, que concurrió a la policlínica María Luisa Tiraparé de la IMM, en el período comprendido entre el 16 al 20 de enero del 2006.

La importancia del mismo surge de que en nuestro país estadísticamente la osteoporosis es la enfermedad ósea más frecuente, una de cada cuatro mujeres la padece, provocando riesgo de fracturas en edad avanzada. Teniendo en cuenta que en esta etapa (18 a 35 años) se puede prevenir la osteoporosis y que la mujer es un agente multiplicador de conocimientos hacia su familia.

Inicialmente es una enfermedad asintomática conociéndose como la epidemia silenciosa y la gravedad de la misma puede llevar hasta la muerte.

Hoy día un 30% consulta por problemas osteoporóticos, siendo de mayor incidencia en mujeres, según estudios de GEOSUR.

Cifras obtenidas de servicios de urgencias en nuestro país fueron estimadas en una 6800 fracturas anuales. Actualmente el Fondo Nacional de Recursos autoriza la realización de 2200 prótesis de cadera donde el 40% son debido a fracturas osteoporóticas pudiéndose invertir en la prevención con menos recursos económicos y evitar consecuencias a nivel laboral, social y familiar de la mujer debido a la pérdida de la autovalidez.

Sabiendo que el tratamiento eficaz es la prevención en etapas tempranas, nos interesa saber que conocimientos tiene la mujer joven para su autocuidado, ya que en esta etapa según Barse-Myers se produce cambios emocionales y físicos que llevan a la culminación del desarrollo comenzando la declinación de los sistemas orgánicos.

Nuestro estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal.

Se tomó para el mismo el universo el cual estuvo conformado por todas las mujeres jóvenes entre 18 a 35 años que concurrieron a la policlínica María Luisa Tiraparé durante el período anteriormente mencionado; conformando un total de 101 mujeres.

El método utilizado para obtener la información fue la encuesta mediante una entrevista estructurada usándose como instrumento un formulario.

De nuestro análisis se concluyó que el 64,88% poseen conocimientos satisfactorios sobre el tema, donde el 53,47% fue suficiente, el 11,88% excelente y el 34,65% fue insuficiente.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes del Programa de Profesionalización en Licenciatura de Enfermería, generación 2001, perteneciente a la Facultad de Enfermería, durante el período comprendido entre agosto del 2005 a febrero del 2006, con la finalidad de obtener el título de Licenciada de Enfermería.

Nuestro objetivo de estudio es saber qué conocimientos posee la mujer joven de 18 a 35 años sobre prevención de osteoporosis que concurre a la policlínica María Luisa Tiraparé perteneciente a la IMM durante el período transcurrido entre el 16 al 20 de enero del 2006 en los turnos mañana y tarde.

La elección del tema surge a partir que estadísticamente a nivel mundial según GEOSUR es una enfermedad que va en aumento, en nuestro país es la enfermedad ósea más frecuente, una de cada cuatro mujeres la padecen, donde las complicaciones de la misma (las fracturas) lleva a la mujer a la pérdida de su autovalidez y del autocuidado. Sabiendo que si bien existen factores predisponentes para la aparición de esta enfermedad, también existen otros que son modificables en los cuales la Licenciada de Enfermería puede actuar incidiendo en los mismos por medio de la promoción de hábitos y conductas favorables que tiendan a conservar la salud y fomentar el autocuidado para lo cual se hace imprescindible que la mujer tenga cierto grado de conocimiento para llevar a cabo la prevención pues es ella quien puede corregir estos hábitos y conductas y transmitirlos a su entorno.

Teniendo en cuenta que la prevención en etapas tempranas es fundamental, no se descarta que también es importante la prevención en esta etapa de la juventud (18 a 35 años) dado que estudios bibliográficos como ser del Dr. Baeza ¿Qué es la Osteoporosis? y de Beare-Myers de "Enfermería Médico-Quirúrgico" que trata sobre el tema, señalan que en esta etapa se continúan produciendo cambios emocionales y físicos que llevan a la culminación del desarrollo comenzando la declinación de los sistemas orgánicos.

Y por último otro de los motivos que nos impulsó a realizar esta investigación es que no hemos encontrado trabajos anteriores de investigación sobre el tema por parte de nuestra profesión y pensamos que sería útil a futuras investigaciones.

MARCO TEÓRICO.

ESTRUCTURA DEL HUESO.

El hueso tipo especial de tejido conjuntivo que es rígido y actúa de soporte de los tejidos blandos del organismo. Constituye el componente principal de casi todas las estructuras esqueléticas de los vertebrados adultos, que protegen los órganos vitales, permiten la locomoción y desempeñan un papel vital en la homeostasis (equilibrio) del calcio en el organismo. Hay una forma cortical y otra trabecular, llamadas respectivamente como hueso compacto y esponjoso. Se distingue de otro tipo de tejido conjuntivo duro que recibe el nombre de cartílago.

Está formado por una mezcla química de sales inorgánicas (65 a 70%) y varias sustancias orgánicas (30 a 35%) y está dotado de dureza y elasticidad. Su dureza procede de sus componentes inorgánicos, siendo los principales el fosfato de calcio y el carbonato de calcio, junto a pequeñas cantidades de fluoruros, sulfatos y cloruros. Su elasticidad deriva de sustancias orgánicas como colágeno y pequeñas cantidades de elastina, material celular y grasas. El hueso compacto (llamado también hueso cortical) aparece como una masa sólida dispuesta en láminas. Contiene cavidades dispersas que albergan, cada una, un osteocito o célula ósea. Los osteocitos se comunican entre sí a través de canales finos que parten de la cavidad y que además podrían desempeñar un papel importante en la nutrición de dichas células.

Las láminas del hueso compacto se disponen de forma concéntrica alrededor de uno conductos paralelos al eje longitudinal del hueso llamados conductos de Havers que contienen tejido nervioso y vasos sanguíneos que proporcionan a los huesos nutrientes orgánicos. Están conectados entre sí, con las cavidades medulares y con el exterior por los denominados canales de Volkman.

El hueso esponjoso (también llamado hueso poroso) se localiza en los extremos y el centro del hueso compacto. El hueso esponjoso no contiene canales de Havers. Consiste en un entramado de trabéculas o laminillas óseas que se disponen de forma tridimensional, creando cavidades comunicadas, ocupadas por una red de tejido conjuntivo que recibe el nombre de tejido medular o mielóide. La médula ósea supone de un 2 a un 5% del peso corporal de una persona y está formada por dos tipos de tejidos. La médula ósea amarilla está constituida principalmente por tejido adiposo y la médula ósea es un tejido generador de células sanguíneas: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La zona externa de los huesos (el hueso cortical), que encierra todos los componentes antes mencionados, está formada por el tejido óseo más compacto y duro, cubierto por una membrana fibrosa vascular que recibe el nombre de periostio. (1)

(1) Revista médica uruguay 2004 http://www.zona_médica.com.ar/categorias/medicinailustrada/ostcoporosis/composici...

Existen tres tipos principales de células óseas: osteoblastos, osteoclastos y osteocitos.

Osteoblastos: Células muy diferenciadas que son las responsables del depósito de la matriz extracelular y su mineralización. Presentan una estructura celular que incluye un gran retículo endoplásmico, complejo de Golgi y características celulares relacionadas con su papel de síntesis de proteínas y de células secretoras. Participan activamente en la formación del hueso.

Osteoclastos: Responsables de la resorción de hueso calcificado y de cartilago, están formados por la fusión de precursores mononucleares. Las células muestran polaridad, ocurriendo la resorción a lo largo del borde rugoso que está situado a nivel de la superficie ósea.

Osteocitos: Se trata de osteoblastos que permanecen por detrás en lagunas a medida que avanza la superficie formadora de hueso. Estas células se comunican entre sí a través de procesos citoplasmáticos que atraviesan los canaliculos óseos, que pueden ser de ayuda para coordinar la respuesta del hueso a las fuerzas o a la deformación.

En cuanto a su estructura ósea podemos decir que el hueso cortical se encuentra en la parte externa y rodea a la parte trabecular. Aproximadamente el 80% del esqueleto es hueso cortical.

El hueso trabecular se encuentra en el interior del tejido óseo.

Cada sistema haversiano tiene un canal central que contiene un paquete neurovascular.

En cuanto al hueso trabecular normal consta de una malla de pequeñas espículas entre las cuales hay cavidades con médula ósea roja o amarilla según su localización y edad. La superficie de las trabéculas tiene una capa osteogénica o endosito, la cual es responsable del remodelado más activo que en la compacta.

Se encuentra en la epífisis de los huesos largos, el diploe de huesos planos y entre las dos tablas compactas de los huesos cortos y vértebras. La metáfisis de los huesos adultos es una mera zona de transición entre compacta y esponjosa.

El hueso cortical se encuentra en las diáfisis de huesos largos, es homogéneo y muy resistente. Forma conducto tubular que encierra la cavidad medular, donde asientan las principales estructuras neurovasculares junto con la médula ósea amarilla. La superficie externa está cubierta por el periostio formado por una capa exterior del tejido fibroso rica en vasos, nervios y terminaciones sensitivas; en ella se insertan ligamentos y tendones. La capa interior del periostio es una delgada lámina osteogénica formada por osteoblastos. La superficie interna, por su parte, está tapizada con una capa osteogénica similar a la perióstica, pero sin tejido fibroso; es el endostio que se adapta a una superficie irregular puesto que se forman algunas trabéculas. El endostio tapiza la cavidad medular, las cavidades del hueso trabecular y los canales haversianos.

Las **funciones del hueso** son las siguientes: permiten el movimiento al actuar como palancas con uniones articuladas, facilitan asimismo el soporte de la estructura corporal; protegen los órganos internos como el corazón, los pulmones, el cerebro y la médula espinal; producen células sanguíneas a través del tejido mieloide de la médula ósea; también sirven como reservorio de calcio, fosfato e hidrogeniones. (2)

Cuando por múltiples causas estas funciones están alteradas surge el concepto de Osteopatías Desmineralizantes dentro de las cuales se encuentra la Osteoporosis.

(2) Teresa A. Pellino. Trastornos óseos. En: Problemas músculoesqueléticos. Miami: 1997. P 31-39.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad ósea metabólica que implica un desequilibrio entre la resorción y la formación de hueso sano. Aunque la composición química del hueso no se modifica disminuye la masa ósea produciendo debilitamiento y fragilidad en los huesos que se fracturan fácilmente. La osteoporosis puede originarse por pérdida acelerada de hueso tras superar la edad de máxima masa ósea o por la disminución de la masa ósea en el crecimiento. Los huesos muy esponjosos (como cuerpos vertebrales, el extremo distal del radio y el cuello del fémur) sufren la mayor pérdida de masa ósea, el hueso compacto que se encuentra en los huesos largos brazos y piernas sufren menor pérdida. Cuando un cuerpo disminuye de peso manteniendo su volumen existe una disminución de la masa esto es lo que pasa en la osteoporosis existe una disminución de la masa ósea. Siendo la medida ósea normal entre 0 y -1 llegando en la osteoporosis a menos de -2,5 DS (desvío estándar).

La osteoporosis se puede manifestar de dos formas:

Primaria: es la forma mas frecuente de la enfermedad puede ser pos menopáusica o senil.

Secundaria: implica la pérdida de hueso a partir de alteraciones congénitas, y adquirida. Se la conoce como la epidemia silenciosa por ser inicialmente asintomática.

Aquellos elementos que predisponen a determinadas personas a padecer esta afección son los factores de riesgo, estos pueden ser modificables o no.

Modificables: hábitos alimenticios, deportivos, hábitos de fumar, alcoholismo.

No modificables: predisposición genética, edad, sexo, raza.

OSTEOPOROSIS SEGÚN SUS CAUSAS

PRIMARIA	Osteoporosis idiopática	Se ven en niños y jóvenes
	Osteoporosis tipo 1 O menopáusica	En posmenopáusicas
	Osteoporosis tipo 2 o Senil	En hombres y mujeres mayores de 70 años
SECUNDARIA	De causa endócrina	Hiperparatiroidismo Hipertiroidismo Hiperkorticismo Hipogonadismo diabetes
	Nutricionales	Déficit de calcio poco aporte de proteínas alcoholismo tabaquismo
	Farmacológicas	Cortisona ,barbitúricos antiácidos, citostáticos
	Inmovilización	Reposo, sedentarismo
	Enfermedades crónicas	Neoplasias, artritis reumatoide, afecciones digestivas, insuficiencia renal
	Genéticas	Osteogénesis imperfecta

Esta patología se conoce hace mucho tiempo pero inicialmente por sus características. Se sabía que era una enfermedad de la vejez, en su mayoría mujeres de fracturas fáciles. Es en 1994 que la OMS la define como una disminución de masa ósea con riesgo a fractura.

Según las medidas de densitometría ósea podemos decir que estamos ante un hueso:

- Normal: nivel óptimo de masa ósea
- Osteopénico: masa disminuida no representa peligro (10 a 30%)
- Osteoporótico: masa ósea disminuida en un 30% enfermedad presente sin fractura.
- Osteoporosis establecida: se agrega fractura.

Se desprende de esta clasificación la siguiente definición La osteoporosis es una enfermedad con riesgo de fractura medible por densitometría.

ORIGEN DE LA OSTEOPOROSIS

A partir de haber alcanzado el nivel óptimo del hueso según raza, sexo, herencia, condiciones de vida y alimentación (25 a 30 años) cuando la resorción predomina sobre la formación la masa ósea comienza a descender.

Esto puede suceder por dos motivos tanto por mayor rapidez en la destrucción (osteoclastos) o mayor lentitud en la reposición (osteoblastos)

FACTORES QUE ASEGURAN UN EQUILIBRIO EN ESTE PROCESO

NO MODIFICABLES

Herencia, esta ligada al sexo y la raza.

Sexo, la osteoporosis es de predominio femenino

Raza, la raza negra es mas resistente a la enfermedad. Es más frecuente en mujeres blancas con antecedentes familiares.

MODIFICABLES

Nutrición, la nutrición debe ser la adecuada para el desarrollo normal del hueso (proteínas vitaminas y minerales)

El calcio mineral indispensable en el organismo, otorga la solidez al esqueleto e interviene en funciones vitales (transmisión nerviosa, contracción muscular, coagulación de la sangre)

El hueso es el reservorio mayor de este mineral con un total de 980 grs. en todo el organismo.

Los requerimientos de calcio se estiman en 10mg Kg. / DIA

Veremos las necesidades diarias de calcio según edad en una tabla

EDAD	MG/DIA
0 A 6 MESES	270
6 MESES A 1 AÑO	400
1 A 10 AÑOS	800-1200
10 A 24 AÑOS	1300
ADULTO	1000
MUJERES EN MENOPAUSIA	1000
TOMANDO ESTRÓGENOS	1500
EMBARAZO Y LACTANCIA	1200-1500
65 AÑOS Y MAS	1300-1600

ALIMENTOS Y SU CONTENIDO DE CALCIO

Contenido en miligramos de calcio por 100 g de alimento

LECHE ENTERA	150
LECHE EN POLVO	800
LECHE DESCREMADA	300
MANTECA	100
QUESO FRESCO	400
QUESO DURO	900
QUESO DAMBO	700
QUESO MUZZARELA	200
QUESO RICOTA	700
YOGUR	200
DULCE DE LECHE	300
CARNE DE POLLO	5
ACHURAS	50
SARDINAS (CON SUS ESPINAS)	400
OTROS PESCADOS	20
YEMA DE HUEVO	100
FRUTAS SECAS	200
CEREZAS Y FRUTILLAS	250
BROCOLI ,APIO,Y BERRO	120
ESPINACA, COLIFLOR ACELGA	80
OTRAS VERDURAS	30

La forma de absorción del calcio dependerá de diferentes factores ellos son:

Presencia de vitamina D, proteínas, digestión, edad.

La forma de eliminación del calcio se realiza por dos vías intestinal y urinaria.

Vitaminas:

La vitamina D es el complemento indispensable para la correcta metabolización y aprovechamiento del calcio ingerido. Permite el depósito del calcio en la matriz proteica, favorece la absorción del calcio en el intestino.

Se encuentra bajo la piel en forma de pro vitamina necesitando la exposición al sol para activarla, bastando 10 minutos diarios en cara y manos, también la encontramos en aceite de hígado, carne, leche materna y yema de huevo

Vitamina C: forma la matriz proteica del hueso.

Ejercicio es otro factor importante en la prevención de esta patología ya que éste logra el mantenimiento de la masa ósea. La forma y la estructura del hueso guarda relación con la fuerza que actúa sobre el esqueleto, para alcanzar su forma definitiva necesita la acción de factores mecánicos representado por los músculos en que se inserta. (Fuerza de tracción) y el peso del cuerpo que debe soportar y transmitir (presión) La falta de ésta actividad produce osteoporosis por desuso, provoca severa desmineralización del esqueleto que puede ser muy grave.

Consumo de alcohol este hábito es capaz de disminuir en forma importante la masa ósea, se supone que inhibe la acción del osteoblasto (no se sabe en forma exacta como actúa)

Se desconoce que cantidad sería el riesgo, pero si existen los siguientes parámetros:

En el niño cualquier consumo es de riesgo

Durante embarazo y lactancia cualquier consumo es de riesgo

En adolescencia el riesgo es mayor que en el adulto no más de 20 g/día diarios

En el adulto se considera de riesgo más de 20 g/día en la mujer y 60g/día en el hombre

El anciano tolera menos que el adulto

Consumo de tabaco fumar incide sobre la calidad del hueso. En la mujer su efecto se asocia a la inhibición de estrógenos no se sabe como actúa en el hombre.

Otro factor que actúa en el equilibrio óseo es el hormonal

Hormonas son sustancias segregadas por la glándula internas del organismo y que poseen el poder de acelerar, retardar o detener las reacciones químicas que intervienen en las funciones vitales.

Paratiroidea: segregada por la paratiroides, provocan destrucción ósea estimulan la acción del osteoclasto. Liberando el calcio que pasa a la sangre para mantener el nivel de calcemia normal (100mg/l)

Calcitonina. Hormona segregada por la tiroides actúa en forma inversa a la paratiroidea evita la destrucción ósea. Puede ser sintetizada desde 1960 y se utiliza como medicamento como un recurso muy eficaz para la osteoporosis

Glucocorticoides: derivado de la cortisona producida por glándulas suprarrenal actúa en el hueso impidiendo la formación del tejido óseo e interviene en la regulación de la calcemia.

Estrógenos hormona producida por el ovario, actúa en forma secundaria en el hueso, inhibiendo la acción de los osteoclastos. Cuando comienzan su actividad se produce una aceleración del crecimiento óseo hasta alcanzar el pico máximo de masa ósea, cuando cesa su actividad (menopausia) hay pérdida progresiva de masa ósea muy intensa, en los primeros 5 años llegando a perder en 15 años sucesivos la tercera parte del capital cálcico.

¿COMO SE MANIFIESTA LA OSTEOPOROSIS?

Comienza en una etapa silenciosa sin síntomas ni signos radiológicos llamada osteopenia esta puede ser leve con una pérdida del 10% de la masa ósea, mediana con una pérdida del 20% de la masa ósea y severa con una pérdida del 30% de la masa ósea. Comienza aquí la osteoporosis sin síntomas pero con una radiografía de fragilidad esquelética. Si hay dolor es que hay fracturas mínimas que las radiografías no permiten visualizar. Se estudia con un procedimiento llamado morfometría. Luego llegamos a la osteoporosis establecida con un 30% de disminución de masa ósea y fractura.

COMPLICACIONES DE LA OSTEOPOROSIS

Dolor: es el síntoma más frecuente generalmente de espalda o cintura, se debe a fracturas vertebrales provocada por un traumatismo mínimo.

Fractura: en condiciones normales no hay fracturas por traumatismos mínimos. Con osteoporosis sí se suceden. Suelen ser vertebrales, cuello de fémur y muñeca. **Vertebrales:** se fracturan por un resbalón, por una frenada brusca, por un exceso de tos. Estas sufren un hundimiento de intensidad variable que modifica su forma pero no hay desplazamiento.

Muñeca: se fractura siempre por un mecanismo indirecto, por caída. Fracturándose el radio (extremidad distal) que articula con la mano.

Cadera: se ubica habitualmente en la cavidad superior del fémur en el cuello y zona trocantérica. Produce dolor en la raíz del muslo, impotencia funcional, no puede levantarse ni caminar y se produce desviación de la pierna y pie y un acortamiento global.

Deformación: son secundarias a las fracturas son permanentes o más o menos invalidantes. Son provocadas por fracturas vertebrales que se suceden se aplastan y provoca una vértebra en cuña. Pueden aplastarse de 1 a 2 cm. por lo cual la talla disminuye provocando cambios a nivel alveolar y torácico.

Sociales: las relaciones sociales y laborales se ven afectadas según sea el grado de invalidez provocado por el dolor o la fractura.

Emocionales: dependerá del grado de invalidez, del apoyo social, económico y la forma de enfrentar su nueva situación de salud.

El tratamiento más eficaz es la prevención, que puede llevarse a cabo desde la etapa intrauterina, cumpliendo la Licenciada de Enfermería un rol fundamental en lo que es la educación, poniendo énfasis en los factores de riesgo modificables. (3,4,5)

Teniendo en cuenta que esta patología nos muestra una gran incidencia en las mujeres con una relación de 6 a 1 con respecto a los hombres en osteoporosis pos menopáusica y de 2 a 1 en osteoporosis senil por lo que se puede considerar una enfermedad de género por lo cual se nos hace imprescindible conceptualizar género y prevención.

Género: Según la Dra. en Sociología Karina Batthyány en su trabajo de investigación sobre "Cuidado Infantil y Trabajo ¿Un desafío exclusivamente femenino?" refiere que la adjudicación social, de manera prioritaria, del espacio público y del ámbito productivo a los hombres y del espacio privado, el trabajo reproductivo y de atención y cuidado de los otros a las mujeres, fundamenta la definición de identidades de los proyectos de vida que una sociedad, comunidad o grupo social perciben como masculinas o femeninas y las jerarquiza y valora de forma diferente. Esta persistencia genera la naturalización del orden y de los roles de género llevando a sostener que existe una relación determinante del sexo y la capacidad para realizar una tarea. Históricamente la participación femenina por excelencia ha ocurrido en el ámbito privado de la reproducción y vida familiar consecuentemente las áreas de ocupación de las mujeres se desenvuelve alrededor del hogar, educación de los hijos, temas de salud bienestar social e higiene.

El papel de los varones comprende la vida pública dominada por los negocios, la economía, la industria, las energías, las relaciones internacionales, la política y el gobierno. Se resalta el fenómeno de transferencia entre el no trabajo doméstico y el trabajo profesional. Dichos puestos se centran en las ramas económicas más parecidas a las domésticas, industria textil, alimenticia, servicios de enfermería, enseñanza, secretariado comercio y empleo doméstico. (6)

Según la investigadora francesa Daniela Kergoat este es un fenómeno histórico que afecta la estructura de la sociedad.

Las mujeres ganan menos que los hombres, están concentradas en profesiones más desvalorizadas, tienen menor acceso a los espacios de decisión en el mundo público, sufren mayor violencia, viven doble o triple jornada de trabajo.

La articulación entre la esfera pública y privada debe repensarse algunas autoras como Paole Campellin y Percira han propuesto el concepto de ciudadanía de todos los días, ciudadanía cotidiana en lo cual lo reproductivo y productivo, lo público y lo privado se articulen tratando de superar esta dicotomía.

A lo largo de la historia se fue gestando en algunos ámbitos una preocupación por la situación de inequidad a la que se ve sometida la mujer. A pesar que se aprobó la Carta y la Declaración de los Derechos Humanos, existe aún hoy una gran contradicción entre lo previsto en dichos documentos y la situación real de la mujer.

(3) Eusebio Vacza. ¿Qué es la Osteoporosis). Montevideo. Oficina del Libro.FEFMUR; 20004.

(4) GEOSUR. Osteoporosis. Montevideo: Calígrafos S.A.; 2002.

(5) Sitio Médico. File://D:/Articulos%20Nacionales%20Osteoporosis.htm.

(6) Karina Batthyány. Cuidado Infantil y Trabajo.¿Un desafío exclusivamente femenino).Uruguay OITCentfir.2004

Una de las más frecuentes y silenciosas formas de violación de los Derechos Humanos es la violación de género.

Es un problema universal, pero para comprender mejor los patrones y sus causas, y por lo tanto eliminarlos conviene partir del conocimiento de las particularidades históricas y socioculturales de cada contexto específico. Por consiguiente, es necesario considerar que responsabilidades y derechos ciudadanos se les reconocen a las mujeres en cada sociedad, en comparación con los que les reconocen a los hombres, y las pautas de relacionamiento que entre ellos se establecen.

Si bien la violación de los Derechos Humanos afecta tanto a los hombres como a las mujeres, su impacto varía de acuerdo con el sexo de la víctima.

Lo que diferencia a este tipo de violencia de otra forma de agresión y coerción es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer.

En 1946, la Comisión para la Condición de la Mujer trabajó sobre 4 pilares básicos de desigualdad y discriminación:

- Educación
- Empleo.
- Derechos civiles y religiosos.
- Instancia de decisión.

En 1979 fue aprobado la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer, en 1981 más 100 miembros de las Naciones Unidas la habían ratificado.

La visión de género implica la inclusión de todos los seres humanos. Por lo tanto se nos hace necesario definir género.

Bajo el sustantivo género se agrupan los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad/masculinidad y bajo el concepto sexo los componentes biológicos anatómicos.

El concepto género aparece como el producto del establecimiento de una clasificación y atribución de roles a cada sexo.

El género se construye y se reproduce en una relación social mediada por relaciones económicas, ideológicas y culturales orientadas al mantenimiento de diferencia entre hombres y mujeres.

Las relaciones de género involucran socialmente a hombres y mujeres, pues cada uno de estos dos grupos sociales es condición y consecuencia de la existencia del otro.

La desaparición o las modificaciones que puedan afectar a cualquiera de los dos afectan o modifica directamente al otro.

Según la antropóloga Gayle Rubin (1975), el enfoque de género tiene un interés epistemológico de primer orden para abordar la realidad de la mujer, porque es: "el conjunto de operaciones mediante las cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana".

Rubin establece la diferencia entre sexo y género, entendiéndose el sexo como la diferencia biológica entre el varón y la mujer, mientras el género designa la identidad del varón y la mujer determinadas por condiciones sociales que explican las relaciones que se han establecido entre ambos.

Para la antropóloga Marcela Lagarte, el género se refiere al conjunto de atributos simbólicos, sociales, económicos, jurídicos, políticos y culturales asignada a las personas de acuerdo a su sexo.

A su vez Joan Scot subraya que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones insignificantes de poder.

Actualmente a la mujer se le continúa asignando un papel fundamental en la producción de la salud, ya que es responsable de hervir el agua, preparar alimentos nutritivos, llevar a los hijos a vacunar, cuidarlos cuando están enfermos, mantener la higiene del hogar y otras tantas responsabilidades que se le atribuyen a la mujer como tal; a su vez se le suma la desvalorización social y económica de su trabajo conduciendo a una falsa evaluación del tiempo disponible.

Por lo que se visualiza como problema de salud vinculado al género, la forma de socialización que privilegia un sexo en desmedro de otro.

Es importante destacar que las políticas sociales están experimentando cambios que causan un impacto en la salud de las personas condicionando su convivencia social, comportamiento individual y familiar.

Rol de la mujer en la sociedad.

Historia de la mujer en la sociedad uruguaya.

Uno de los parámetros que ha producido mayores variantes y cambios en la sociedad actual-con una rapidez desconocida anteriormente en términos históricos- es la situación de la mujer.

Las mujeres han/hemos sido parte de este proceso de conquistas, conformando movimientos y diversas formas de organización en distintos lugares del mundo, otorgándole en cada lugar el sello propio, étnico y pluralista.

Es entonces, que la citación de las mujeres depende de otras variantes de mayor incidencia, que las meras palabras contenidas en declaraciones y leyes. Se debe a valores culturales, que rigen las relaciones sociales y la vida de las personas, incluidas las propias mujeres. Son las mujeres, producto de estas mismas convicciones y determinaciones, quienes conviven naturalmente en situaciones de subordinación y opresión.

Asimismo, las mujeres son y somos el instrumento básico de sustentación de los valores que regulan una sociedad, ya que ocupando un rol central de educadoras en la familia, transmiten/transmitimos a los hijos/hijas los valores tradicionales de género.

A comienzos de este siglo, la pugna por conseguir el sufragio por parte de las mujeres representó un avance en los derechos civiles de las ciudadanas. La Segunda Guerra Mundial demostró a los Estados y fundamentalmente a las propias mujeres, que eran capaces no sólo de mantener sus familias, trabajos y países, cuidar a los heridos, sino también de recuperar las ruinas producidas por la misma guerra. Al mismo tiempo se produjo otro fenómeno que se repetiría unos años después: las mujeres se agruparon para luchar juntas por sus derechos como nunca lo habían hecho antes y consiguieron sus objetivos.

La formación de grupos de mujeres con el objetivo de revisar su condición, situación e identidad, así como las relaciones entre los géneros, fueron algunos de los logros que – nacidos en los innumerables reclamos de la década del 60- permitieron en el mundo, avances que se van consolidando en nuestros días.

En el Uruguay también se mostraron signos de esos movimientos.

Históricamente mujeres brillantes-provenientes de diferentes campos profesionales-, se han ganado lugares de prestigio y recogieron el reconocimiento nacional, desde los comienzos de nuestra constitución como país. Sin embargo, en general estos lugares no han estado asociados a la toma de decisiones en el campo de las políticas públicas.

Como signos de los cambios de los últimos 30 años, y como producto de una mayor participación de las mujeres en ámbitos tradicionalmente considerados masculinos, es que se constata un incremento de la presencia de las mismas en el trabajo, en los gremios, en las carreras universitarias.

Llegado el tiempo de las dictaduras militares en el continente y en nuestro país, alrededor de la década del 70, se detiene el proceso de participación social donde las mujeres habían logrado espacios de visibilidad social.

Aún de derrotado el gobierno militar, la sociedad uruguaya en su conjunto y las mujeres en particular-como nunca antes había sucedido- se agruparon para estudiar su situación y elaborar sus reclamos, expresar sus prioridades y hacer propuestas.

A este espacio plural se le denominó la **Concentración Nacional de Mujeres**.

Las mujeres se re-organizaron para reclamar por sus derechos dentro y fuera de la casa, enfatizando la idea de que la democracia se construye en la vida cotidiana y por ende en las relaciones y vínculos del hogar.

La democratización de los espacios doméstico-familiares es una de las ideas centrales de la lucha por condiciones de igualdad entre mujeres y varones.

El retaceo de la información, los años de silenciamiento de ideas también acallan sentimientos y no permiten con confianza expresar emociones, plantearse cambios e innovaciones.

Los análisis conducentes a comprender la construcción de las identidades femeninas, requieren ineludiblemente la revisión de los valores culturales de género, posibilitando de tal forma, la generación hacia el futuro de proyectos personales y sociales con mayores grados de autonomía.

Este proceso surge inicialmente de clases medias profesionales, pero rápidamente se socializa formal e informalmente, dándose la reunión de mujeres de todos los sectores sin distinciones.

Mujeres de las ciudades o rurales, artesanas, amas de casa, líderes comunitarias, cooperativistas, docentes, religiosas o ateas, han concretado espacios de reflexión o debate para cuestionar el rol tradicional asignado y convocar a una transformación, centrada en el reconocimiento de los Derechos de las Mujeres como Derechos Humanos.

La propia sabiduría de las mujeres es necesaria para el proceso de valorización, para romper con el descrédito a la opinión auto generada.

En el devenir de estas experiencias-que se multiplicaron en los países del mundo y de la región-, se dieron los pasos necesarios para que estas necesidades sentidas fueran consideradas y reconocidas como Derechos Humanos Básicos.

Tenerlos en cuenta es un compromiso de cada hombre y cada mujer habitante del hoy, que quiera contribuir al bienestar común y a la igualdad social. (7)

(7) Talleres Educativos en Salud y Género. Manual para Equipos de Salud IMM Fondo de Población de Naciones Unidas: Montevideo: período 4-15 diciembre 1998 Montevideo: FPNU: 1998.

La prevención es sobre todo, definida como cualquier medida o protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente o que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad o bien de interrumpir o aminorar su progresión, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las instituciones de salud, de las comunidades y de las personas que más que integrarlas las instituyen.

En la primera conferencia internacional de Promoción de Salud realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar “a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.

Las prácticas de prevención no se pueden quedar entonces amarradas a viejos problemas y esquemas, insistiendo fundamentalmente y apenas en lo que muchos los llaman “comportamientos sanos”, que se asocian a diversos aspectos, ámbitos y procesos vitales del ser humano pero vistos muy puntualmente y además han estado, al menos parcialmente viciados de formalismos y deficiencias conceptuales fundamentales.

Uno de los principios más importantes es lo relativo a los niveles de prevención, delimitación de suma importancia dado que de acuerdo a éstos en que se trabaje la prevención, la definición de las acciones preventivas varían.

Las diferentes clasificaciones de niveles de prevención se realizaron atendiendo a varios referentes como:

- 1) Los tipos de prevención correspondientes a los diferentes estadios de evolución de las enfermedades. **Modelo Clínico.**
- 2) Los tipos de prevención correspondientes a los diferentes niveles de atención (primario, secundario, terciario) con las especialidades que cada uno de ellos implica. **Modelo Organizativo.**
- 3) Los tipos de prevención correspondientes con los ámbitos donde se realiza la misma. **Modelo Funcional.**

Se establece así los diferentes niveles de prevención basándose en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad. Según Caplan se clasifican los niveles de prevención en:

- **Prevención Primaria:** es aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología.
- **Prevención Secundaria:** es aquella que tiene como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo.
- **Prevención Terciaria:** es aquella que estaría volcada en evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social.

Según Stevenson se clasifican en: **prevención presuntiva** que es aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad; **prevención relativa** es la que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias; **prevención absoluta** es la que anula las causas y la aplicación de medidas científicas.

Estas clasificaciones, de una manera u otra han estado presentes en las prácticas de prevención en salud que durante muchos años se han estado realizando, constituyen criterios útiles a tener en cuenta para reconocer el tipo de labor que estamos realizando, pero se limitan a una concepción cerrada y arcaica del proceso salud-enfermedad. Tiene entonces una validez relativa, ya que su conocimiento es necesario como uno de los principios generales a aplicar en las acciones de prevención.

Estas clasificaciones nos permiten delimitar campos de acción y volver una vez más a las especificidades necesarias e imprescindibles, pues uno de los principios generales en prevención es que para prevenir uno debe conocer que es lo que va a prevenir, sus especificidades.

Con estas clasificaciones de niveles de prevención debemos pensar todos los puntos que deben estar presentes en el momento de nuestra ejecución, para poder saber lo que estamos haciendo ya que lo válido realmente resulta ser la propia concepción de prevención, que aunque estemos realizando un tratamiento, debe estar presente la prevención.

La prevención en salud es una tarea que requiere de:

- A) Un modo de pensar con referenciales conceptuales acordes a modelos que deben estar a la altura del desarrollo que encierra **el concepto de prevención**.
- B) La organización consecuente de un sistema de salud acorde a los principios generales de la prevención, aplicables **en todos los eslabones del sistema**.
- C) La realización de acciones profesionales dirigidas al cumplimiento del objetivo **prevenir**.

Las acciones profesionales que se realicen implican la observación rigurosa de determinados elementos:

-La ejecución de las acciones preventivas en salud es multidisciplinaria en su aplicación e interdisciplinaria en su concepción.

-Las acciones de prevención pueden ser preparadas y realizadas tanto por especialistas como por grupos de diferentes especialistas como programas que abarcarían diferentes niveles de acción.

-Existen las interrelaciones entre las diferentes especialidades que se han ido desarrollando las diferentes técnicas con las que accionan los objetivos preventivos.

-La Educación y la Promoción de Salud, son algunas de las acciones de prevención que se han ido instrumentando con todo un caudal de medios (comunicación social, psicoprofilaxis) logrando de este modo la puesta en práctica de la tarea preventiva en salud.

La especificidad técnica e instrumental responde en términos generales al tipo de ámbito en el cual vamos a trabajar el nivel del alcance de los objetivos propuestos, el tipo de situación o problema sobre el cual pretendemos ejercer nuestra influencia, las necesidades detectadas en el objeto centro de nuestras acciones preventivas y el referente conceptual con el cual trabajemos. (8)

(8) Universidad de Málaga. Psicored @infomed.s/d.cu.

En este caso la prevención de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir al tiempo que es un prerequisite para el desarrollo humano, necesita que el individuo aprenda que situaciones son potencialmente peligrosas y que sea capaz de apartarse de tales entornos. Finalmente hay una tendencia humana a ser normal.

De esta manera creemos pertinente tener en cuenta el modelo de autocuidado que propone Dorotea Orem, el cual refiere que un modelo para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos con bases científicas y relacionados en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para utilizarlos.

El fundamento del modelo de enfermería de Orem es el concepto de autocuidado, "acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia, que cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento al desarrollo de los seres humanos".

Las actividades del autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado puede estar afectada por la edad, etapa del desarrollo y estado de salud.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades de autocuidado que son esenciales para el logro del autocuidado, independiente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo entorno ambiental del individuo. Estas actividades son las llamadas requisitos de autocuidado universal. El término requisitos se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Los ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos incluyen:

- (1) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- (2) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- (3) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
- (4) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- (5) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- (6) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- (7) Prevención de peligros para la vida, al funcionamiento humano, y el bienestar humano.
- (8) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

La Enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión. La enfermera brinda atención, ayuda o hace lo posible para que el paciente obtenga los resultados de salud que desea.

El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente.

Los requisitos de autocuidado, universales y asociados con el desarrollo, dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria.

Los requisitos de autocuidado relacionados con las desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándole el nombre de demanda de autocuidado de prevención secundaria.

La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes. El método más adecuado para atender dichas necesidades, se diseñó y se evaluó un plan de acción que es el proceso de enfermería.

Enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio, con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por la misma. La enfermera brinda atención, cuidados o hace lo posible para que el paciente obtenga los resultados de salud que desea. Las personas que recibirán atención de enfermería son pacientes que no tienen o no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismos. La base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado.

En este modelo se hace hincapié en la función de la enfermera sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. La intervención de enfermería es promocionar conductas o hábitos dirigidos a conservar la salud, prevenir enfermedades, reestablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente en colaboración con éste.

Para que la mujer joven lleve a cabo el autocuidado debe poseer conocimiento.
¿De qué hablamos cuando hacemos referencia al conocimiento?

Hablamos del proceso de conocer, no es un acto único que se alcanza de una vez. El hombre tiene muchas maneras distintas de aproximarse a un objeto de su interés. La realidad puede ser mirada de diferentes puntos de vista. No hay conocimiento sin contexto social, cultural sin historia. Es una abstracción de la realidad. El conocimiento común o doxa se basa en la experiencia y el sentido común, se elabora una idea de la realidad observada.

Tipos de conocimiento: conocimiento instrumental

Es un conocimiento construido por las ciencias naturales. Tiene como habilidad relacionarse instrumentalmente y tecnológicamente con los objetos. **Conocimiento interactivo:** al convivir con otros seres humanos lo que hacemos es interactuar para poder conocernos mejor y satisfacer las necesidades. Este conocimiento surge de compartir juntos una vida y un mundo, intercambiando acciones basadas en experiencias anteriores. Nos permite vincularnos. **Conocimiento crítico** proviene de la reflexión y de la acción nos permite saber lo que es correcto. Este conocimiento permite plantearnos problemas acerca de la realidad que nos rodea. La crítica se convierte en voluntad de acción y luego en acción. **Conocimiento científico** es el conocimiento racional cierto o probable que obtenido de una manera metódica y verificados con la realidad se sistematizan orgánicamente, haciendo referencia a objetos de la misma naturaleza cuyos contenidos son susceptibles de ser transmitido. El conocimiento científico trata de indagar las causas de los hechos. (9)

(9) Carlos A. Sabino. Cap 1. En: "El Proceso de Investigación" Larcom Humanitas 1996.

TEMA: Conocimientos que tiene la mujer joven (18 a 35 años) sobre la prevención de osteoporosis.

PROBLEMA: ¿Qué conocimientos tiene la mujer joven (18 a 35 años) que concurre a la policlínica María Luisa Ti raparé durante el período de tiempo comprendido entre el día 16 al 20 de enero del año 2006 respecto a la prevención de osteoporosis?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los conocimientos que tiene la mujer joven de 18 a 35 años sobre prevención de osteoporosis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar la población objeto de estudio.
2. Conocer que sabe la mujer joven sobre los factores de riesgo modificables de la osteoporosis.
3. Indagar cual es la fuente de dicha información.
4. Conocer que importancia le da a dicha patología

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

El tipo de estudio fue descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio:

Policlínica María Luisa Tiraparé perteneciente a IMM, ubicada en la calle Uruguay 1952 entre Arrenal Grande y Fernández Crespo cuyo horario de atención es de lunes a viernes de 7 a 18 horas, atiende a una población de niños, mujeres; y a hombres sólo con respecto a medicina general.

Universo:

Nuestro Universo de estudio estuvo constituido por mujeres de 18 a 35 años que concurren a la Policlínica María Luisa Tiraparé perteneciente a la IMM durante el período comprendido del día 16 al 20 de enero del año 2006 en los turnos mañana y tarde.

Para este estudio se tomo el universo, de 101 mujeres.

Recolección de Datos:

El método que se utilizó para la recolección de datos es la encuesta mediante una entrevista estructurada, la cual duró quince minutos y se utilizó como instrumento un formulario que consta de dos partes: parte A que caracteriza la población y la parte B consta de preguntas cerradas que se les realizó a las entrevistadas acerca de qué conocimientos, información e interés tienen sobre el tema.

Para comprobar la validez del instrumento se llevó a cabo una prueba piloto que se realizó en un día y se aplicó a una fracción de la población en estudio (ver anexo.)

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Se realizó según la estadística descriptiva.

Se tabuló las diferentes variables cualitativas y cuantitativas en forma individual mediante cuadro simple.

Plan de Análisis:

Se realizó sobre las bases de tablas de frecuencia absoluta, de frecuencia porcentual medidas de tendencia central: moda, mediana, media y de dispersión: desvío estándar.

Se realizaron tablas de frecuencia absoluta y porcentual para el total de la población en las variables de: -edad.

- estado civil.
- número de integrantes del núcleo familiar a su cargo
- nivel de instrucción.
- ocupación.
- factores de riesgo-no modificables
 - modificables
- conocimiento.
- fuente de información.
- interés.

Se analizaron por medidas de tendencia central las siguientes variables:

- edad: moda, mediana y media.
- número de integrantes del núcleo familiar a cargo: moda, mediana y media
- conocimiento: moda, mediana y media

Se analizaron por medidas de dispersión las siguientes variables:

- edad. -desvío estándar
- número de integrantes de núcleo familiar a su cargo: desvío estándar
- conocimiento-desvío estándar

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las mismas serán definidas conceptualmente y operacionalmente.

Edad: se define como el número de años que posee la persona a la fecha de la encuesta.

Variable cuantitativa continua.

La escala de medición es ordinal.

Los rangos serán de 18 a 26 años y de 27 a 35 años. (se utilizarán estos intervalos para facilitar la tabulación).

Estado Civil: se define como la situación de la persona en relación de sus obligaciones

y derechos civiles.

Variable cualitativa.

La escala de medición es nominal.

Categorías: soltera

casada

unión libre

viuda

divorciada.

Número de integrantes del grupo familiar a su cargo: se define como el número de personas a su cargo

Variable cuantitativa discreta

La escala de medición es ordinal

Rangos: 1, 2, 3, 4 y 5.

Nivel de instrucción: se define como el grado de conocimiento adquirido por la persona.

Variable cualitativa.

La escala de medición es la ordinal.

Categorías: analfabeto

primaria incompleta

primaria completa

secundaria incompleta.

secundaria completa.

terciaria incompleta

terciaria completa.

Ocupación: se define como el oficio, empleo, profesión y/o estudio en que se desempeña en la actualidad la persona.

Variable cualitativa.

La escala de medición es nominal.

Categorías: desocupada, estudiante, trabajo estable, pasivo, estudiante.

Factores de riesgo: se define como condición cuya presencia se relaciona con una elevada probabilidad de que se produzca un daño.

No modificable: variable cualitativa

La escala de medición es nominal.

Las categorías a utilizar son para la variable:- raza: blanca

negra.

mulata.

-antecedentes patológicos personales: lo descriptos en el instrumento.

-antecedentes familiares: fracturas
osteoporosis

Modificable: variable cualitativa

La escala de medición es nominal

Las categorías a utilizar son: -sí.

- no.

Conocimiento: se define como idea o noción que tiene la persona sobre el tema.

Variable cuantitativa

La escala de medición es ordinal.

Rangos: 0 a 6 puntos, 7 a 9 puntos y 10 a 12

Los criterios de evaluación de conocimientos son los siguientes

insuficiente 0-50% (0 a 6 puntos)

suficiente 51%-75% (de 7 a 9 puntos)

excelente 76%-100%.(de 10 a 12 puntos)

Cada pregunta adoptaría un determinado puntaje según la o las opciones correctas.

Pregunta N° 1: -valor: 1 punto la opción correcta.

Pregunta N° 2: -valor: 3 puntos, cada opción correcta vale un punto, donde cada opción incorrecta contestada invalida una correcta.

Pregunta N° 3: -valor 3 puntos, cada opción correcta vale un punto, donde cada opción incorrecta contestada invalida una correcta.

Pregunta N° 4: -valor 1 punto la opción correcta.

Pregunta N° 5: -valor 1 punto la opción correcta.

Pregunta N° 6: -valor 2 puntos, invalidándose la correcta ante una incorrecta contestada.

El criterio que se tuvo en cuenta para realizar esta escala de medición fue en base a los conocimientos adquiridos a través del marco teórico.

Fuente de Información: se define como lugar o procedencia de la información obtenida.

Variable cualitativa.

Escala de medición es nominal.

Las categorías a utilizar son: a) medios de comunicación

b) profesionales

c) otros.

Interés: se define como inclinación del ánimo, móvil para la acción.

Variable cualitativa.

La escala de medición es nominal.

Las categorías son: si

no

RESULTADOS

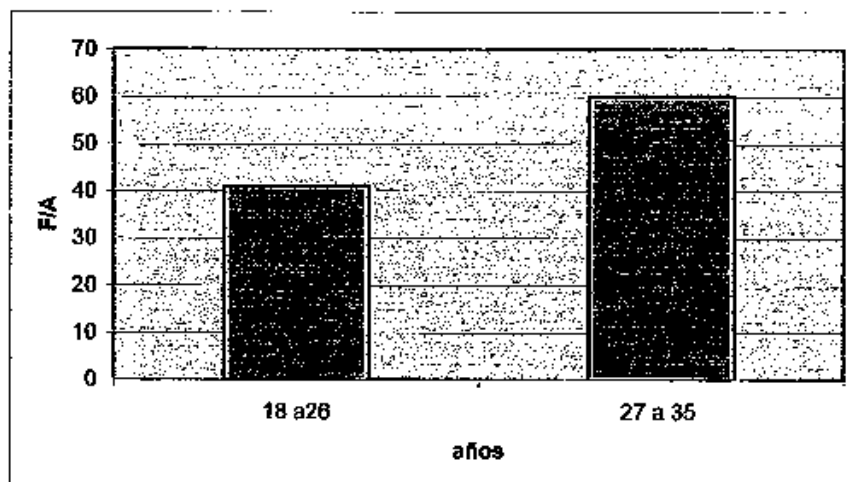
TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN EDAD

EDAD	F / A	F / R
18 A 26	41	40,50%
27 A 35	60	59,50%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que el 59,50 % pertenece al rango de edad de entre 27 a 35 años.

GRÁFICO N° 1



MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN

Moda = 26
Mediana = 26,25
Media = 27,9
Desvío = 2,7

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n Cer. Piso
Montevideo - Uruguay

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	F/A	F/R
SOLTERA	43	42,60%
CASADA	25	24,80%
VIUDA	1	0,90%
DIVORCIADA	8	7,90%
UNION LIBRE	24	23,80%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que el 42,60% de la población se encuentran en la categoría de solteras.

GRÁFICO N° 2

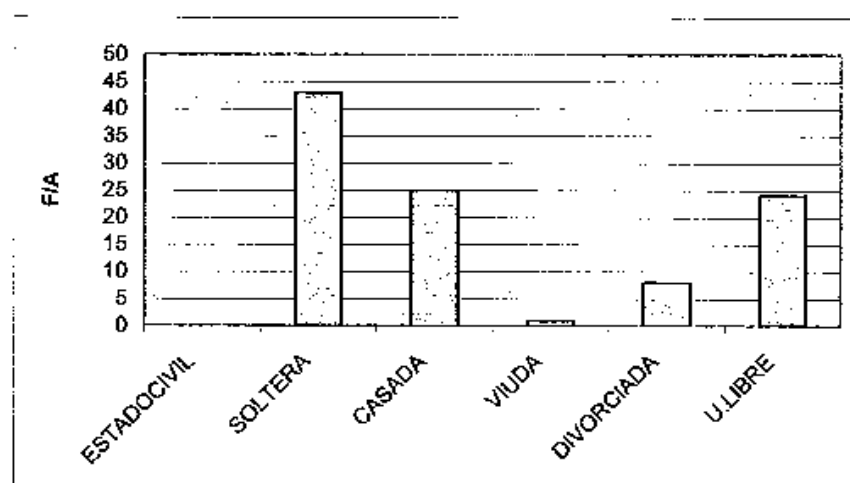


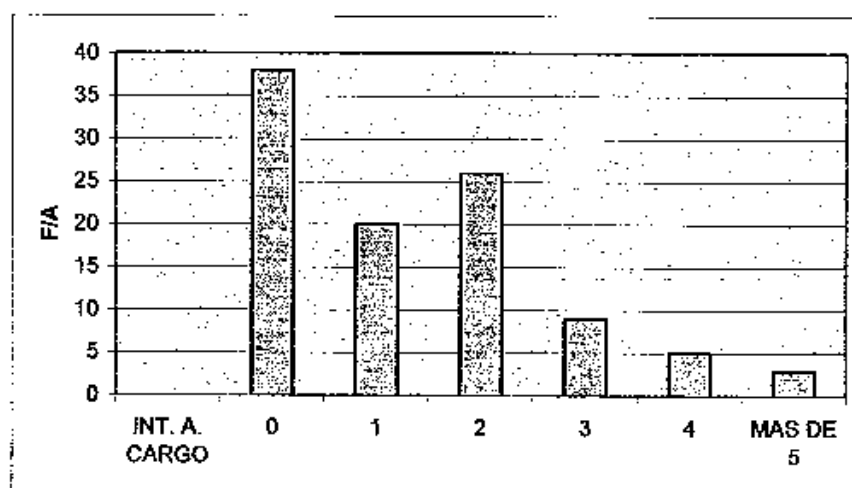
TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN EL
NÚMERO DE INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR A CARGO**

N ° DE INTEGRANTES A CARGO	F/A	F/R
0	38	37,62%
1	20	19,80%
2	26	25,74%
3	9	8,91%
4	5	4,95%
5	3	2,97%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que el 37,62 % de la población no tiene familiares a cargo seguido de 25,74 % que tienen 2 integrantes del núcleo familiar a cargo.

GRÁFICO N° 3



Moda = 0
 Mediana = 1
 Media = 1,32
 Desvío = 0,74

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	F / A	F / R
ANALFABETO	0	0 %
P. INC.	8	7,92 %
P. COMP.	16	15,85 %
S. INC.	48	47,52 %
SEC. COMP.	16	15,84 %
TERC. INC.	10	9,90 %
TERC. COMP.	3	2,97 %
TOTAL	101	100 %

De la tabla se desprende que el 47,52 % de la población pertenece a la categoría de secundaria incompleta.

GRÁFICO N° 4

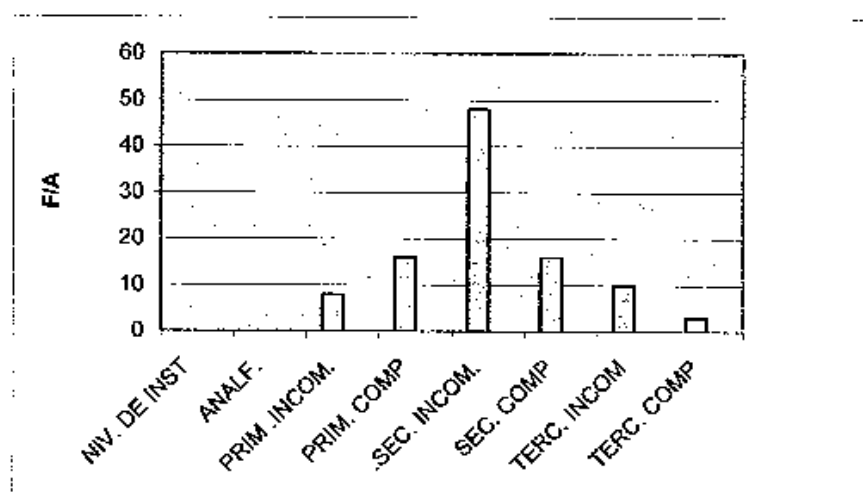


TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACION	F/A	F/R
DESOCUPADO	53	52,47%
TRAB. ESTABLE	38	37,63%
PASIVO	3	2,97%
ESTUDIANTE	7	6,93%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que el 52, 47 % pertenece a la categoría de desocupado.

GRÁFICO N° 5

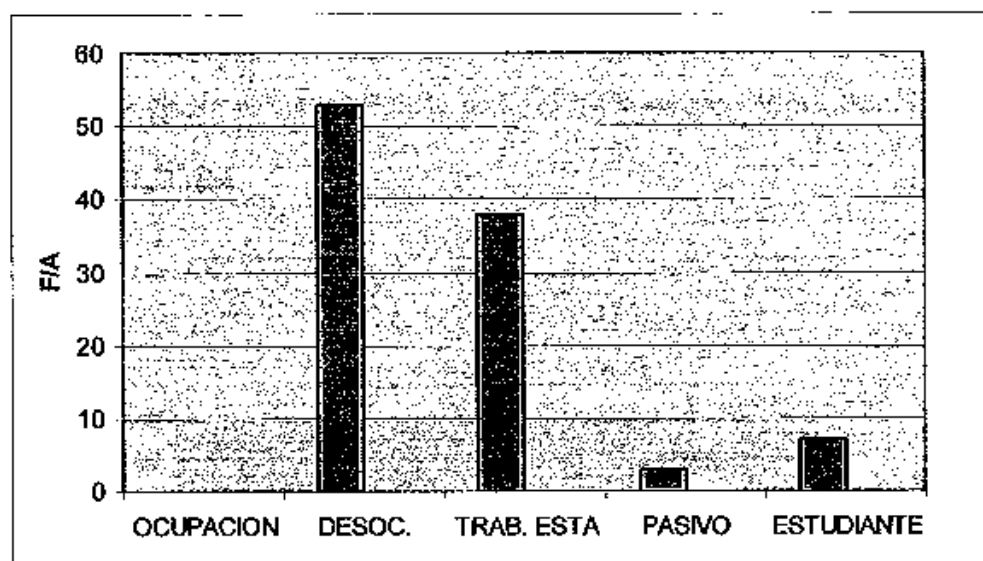


TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

TABLA 6.1

SEGÚN RAZA

RAZA	F/A	F/R
BLANCA	89	88,11%
NEGRA	8	7,92%
MULATA	4	3,97%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que el 88,11 % pertenecen a la categoría de raza blanca.

GRÁFICO N° 6.1

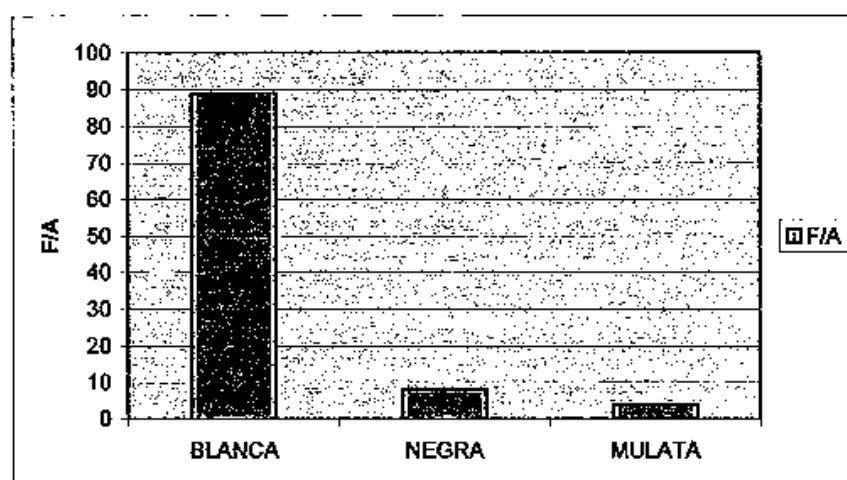


TABLA 6.2

SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

ANT. PAT. PERSONALES	F/ A	F/ R
ANOREXIA	1	0,99 %
ARTROSIS	1	0,99 %
HIPERTIROIDISMO	2	1,99 %
HEPÁTICA	1	0,99 %
INSUF. RENAL	4	3,98 %
DIABETES	2	1,99 %
SIN PATOLOGÍAS	90	89,11 %
TOTAL	101	100 %

De la tabla se desprende que el 89,11 % pertenecen a la categoría sin patologías y un 3,98% insuficiencia renal.

GRÁFICO 6.2

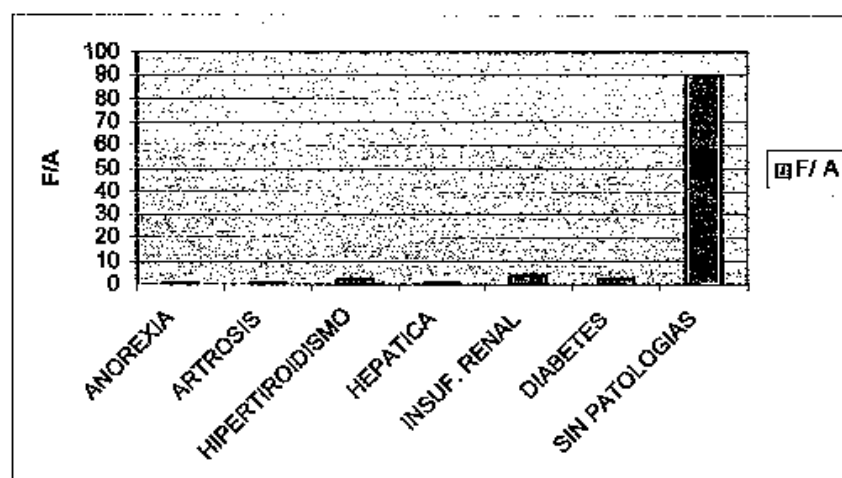


TABLA 6.3

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

ANT. PAT FAMILIARES	F / A	F / R
OSTEOPOROSIS	6	5,94%
FRACTURA	15	14,86%
SIN PATOLOGIAS	80	79,20%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que el 79,20% pertenece a la categoría sin patologías como antecedente familiar.

GRÁFICO N° 6.3

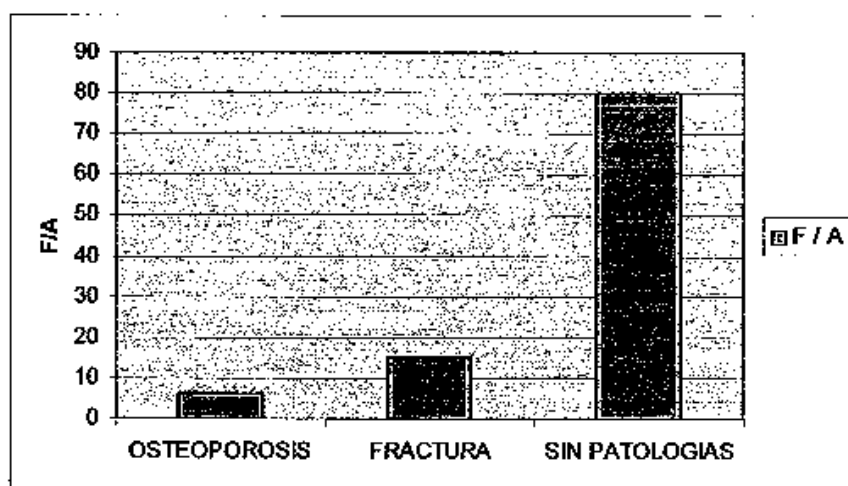


TABLA N° 7

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES**

TABLA 7.1

SEGÚN TABAQUISMO

TABAQUISMO	F / A	F / R
SI	51	50,50%
NO	50	49,50%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que el 50,50% de la población consumen tabaco.

GRÁFICO N° 7.1

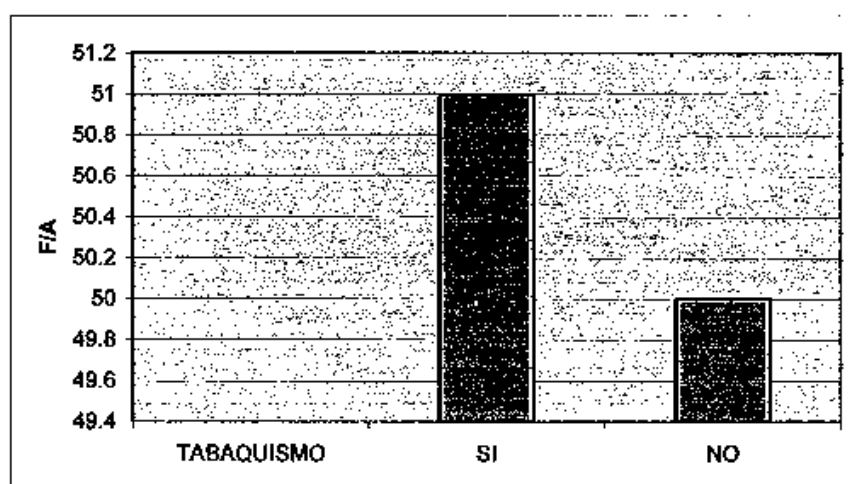


TABLA 7.2

SEGÚN ALCOHOLISMO

ALCOHOLISMO	F / A	F / R
SI	0	0%
NO	101	100%
TOTAL	101	100 %

De la tabla se desprende que el total de la población no consume alcohol.

GRÁFICO N° 7. 2

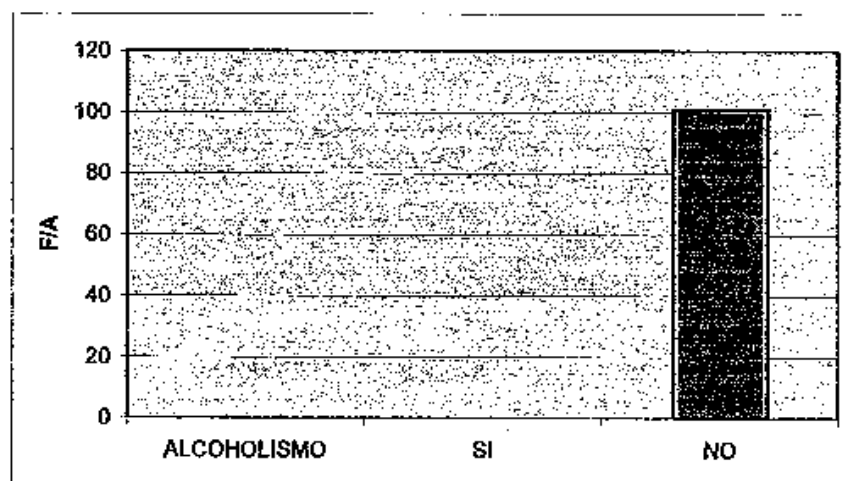


TABLA 7.3

SEGÚN CONSUMO DE LACTEOS

CONSUMO DE LACTEOS	F / A	F / R
SI	78	77,27%
NO	23	22,77%
TOTAL	101	100%

Dela tabla se desprende que un 77,27% de la población consume lácteos.

GRÁFICO N° 7.3

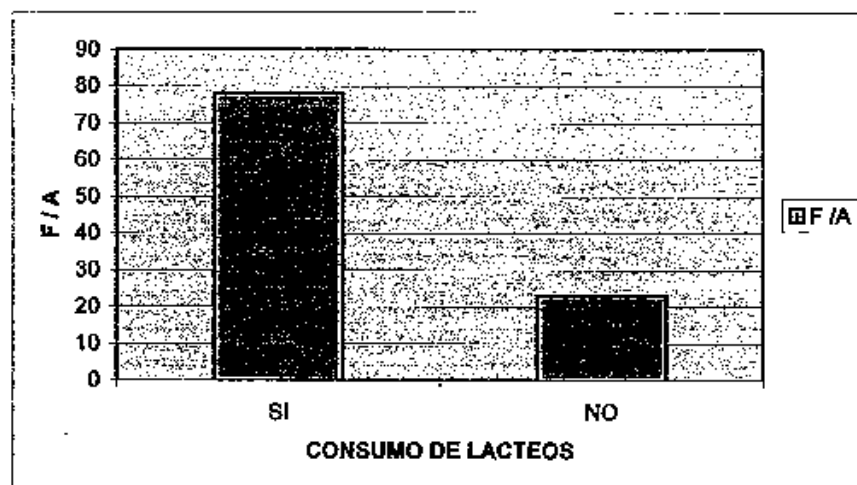


TABLA 7.4

SEGÚN REALIZACIÓN DE EJERCICIO

REALIZA EJERCICIO	F / A	F / R
SI	29	28,71%
NO	72	71,29%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que un 71,29 % no realiza ejercicios.

GRÁFICO N° 7.4

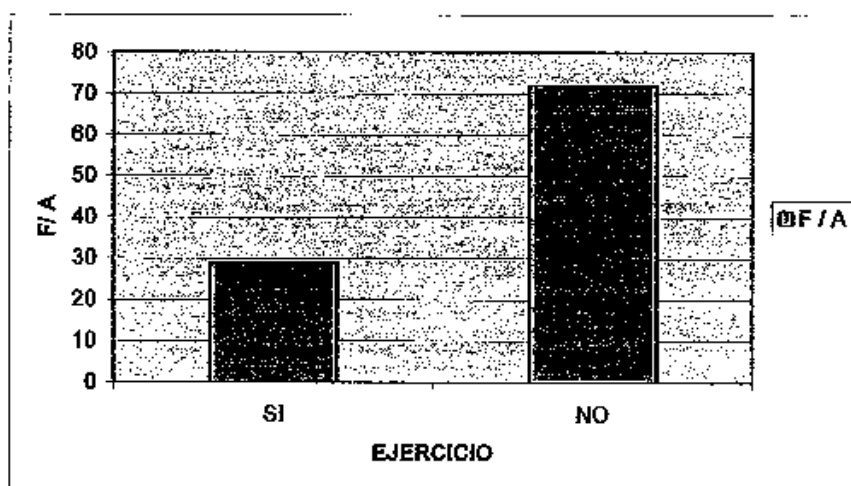


TABLA 7. 5

SEGÚN EXPOSICIÓN AL SOL.

EXPOSICIÓN AL SOL	F / A	F / R
SI	81	80,19%
NO	20	19,81%
TOTAL	101	100%

De la tabla se desprende que el 80,19 % de la población se expone al sol el tiempo suficiente.

GRÁFICO Nº 7.5

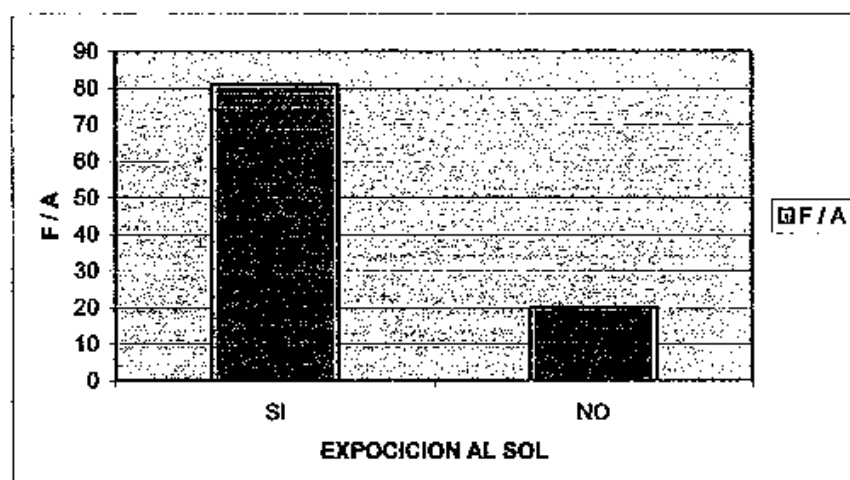


TABLA 7.6

SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL

I.M.C.	F / A	F / R
NORMAL	60	59,41 %
EN MENOS	5	4,95 %
EN MAS	36	35,64 %
TOTAL	101	100 %

De la tabla se desprende que le 59,41 % de la población tiene un índice de masa corporal normal.

GRÁFICO 7.6

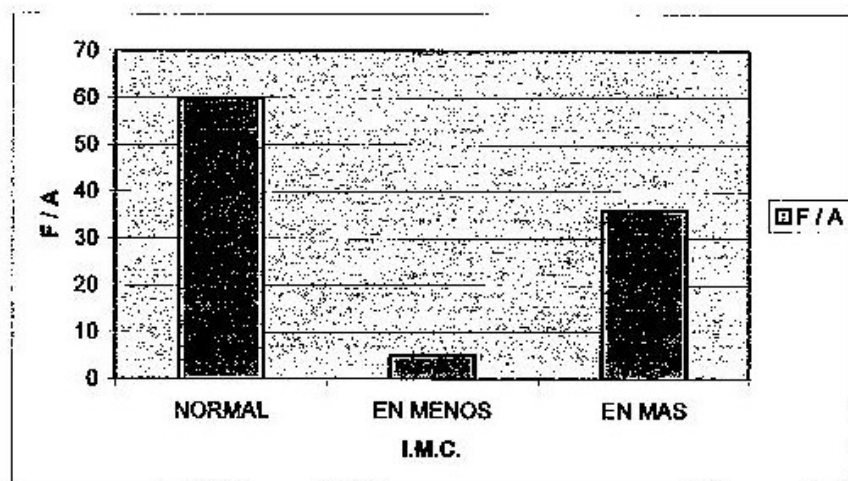


TABLA 7.7

SEGÚN CONSUMO DE MEDICACIÓN HABITUAL

CONSUMO DE MEDICACIÓN HABITUAL	F / A	F / R
SI	6	5,94 %
NO	95	94,05 %
TOTAL	101	100 %

De la tabla se desprende que el 94,05 % de la población no consume medicación que incida en la osteoporosis en forma habitual

GRÁFICO Nº 7.7

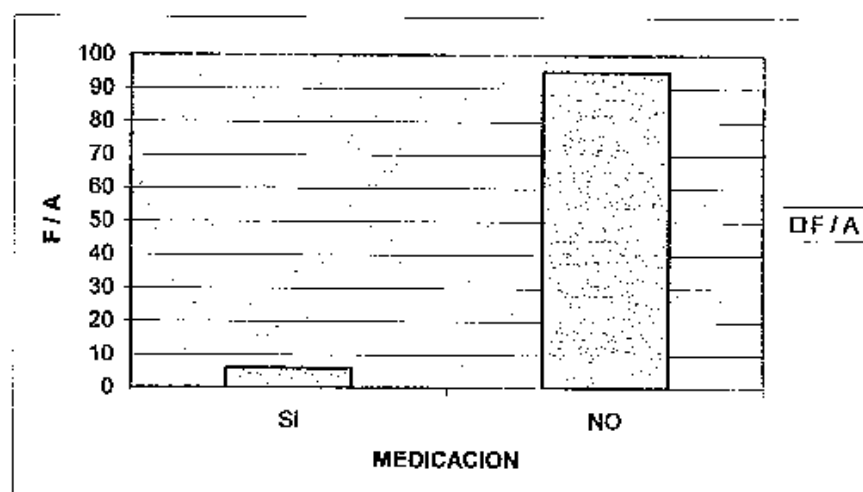


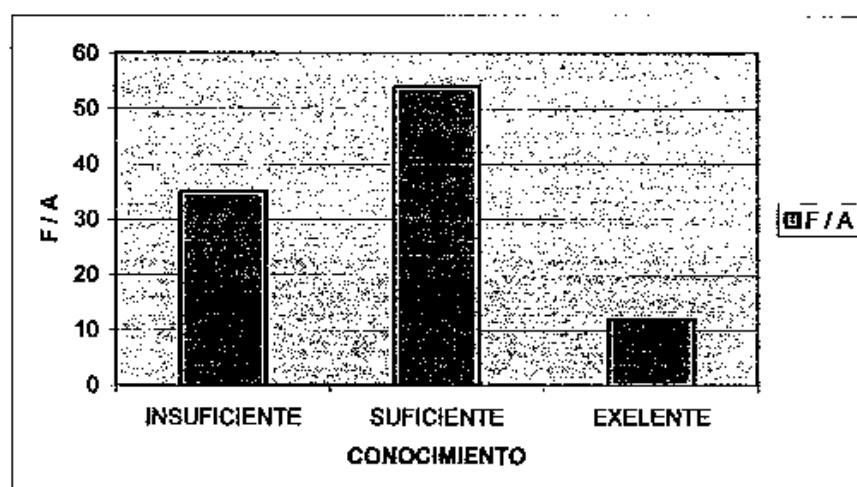
TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN CONOCIMIENTO

CONOCIMIENTO	F / A	F / R
INSUFICIENTE	35	35,65 %
SUFICIENTE	54	53,46 %
EXCELENTE	12	11,88 %
TOTAL	101	100 %

De la tabla se desprende que el 53,46 % de la población pertenece al rango de 7 a 9 puntos (conocimiento suficiente)

GRÁFICO N° 8



MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN

Moda = 7
Media = 7,5 (suficiente)
Mediana = 7 (suficiente)
Desvío = 0,17

TABLA N° 9

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
FUENTE DE INFORMACIÓN**

FUENTE DE INFORMACION	F / A	F / R
MEDIOS DE COMUNICACION.	54	53,46 %
PROFESIONALES	20	19,81 %
OTROS	16	15,84 %
NINGUNO	11	10,89 %
TOTAL	101	100 %

De la tabla se desprende que el 53,46% de la población pertenece a la categoría de medios de comunicación como fuentes de información.

GRÁFICO N° 9

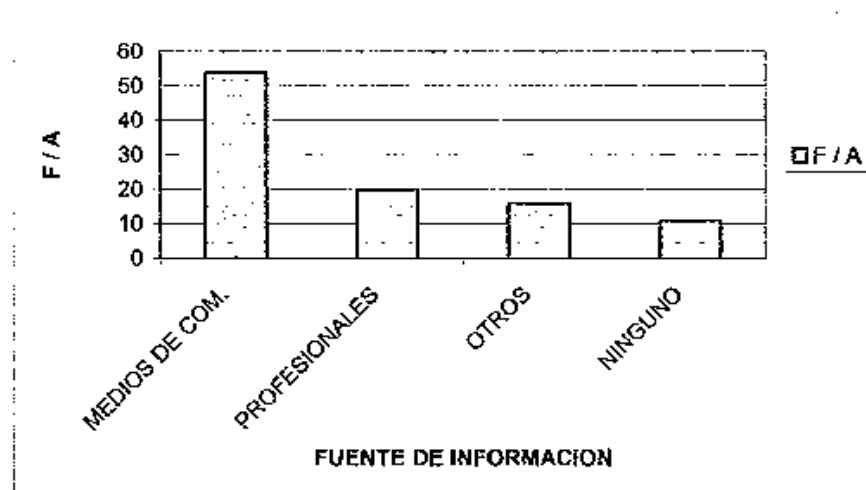


TABLA 9.1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN MEDIOS DE COMUNICACIÓN (donde el N=54 que se desprende de la tabla N° 9).

MEDIOS DE COMUNICACION	F / A	F / R
TELEVISIÓN	41	75,93 %
RADIO	8	14,82 %
FOLLETOS	3	5,55 %
REVISTAS	2	3,70 %
TOTAL	54	100 %

De la tabla se desprende que el 75,93% de la población que se informó por medio de comunicación pertenece a la categoría de televisión.

GRÁFICO N° 9.1

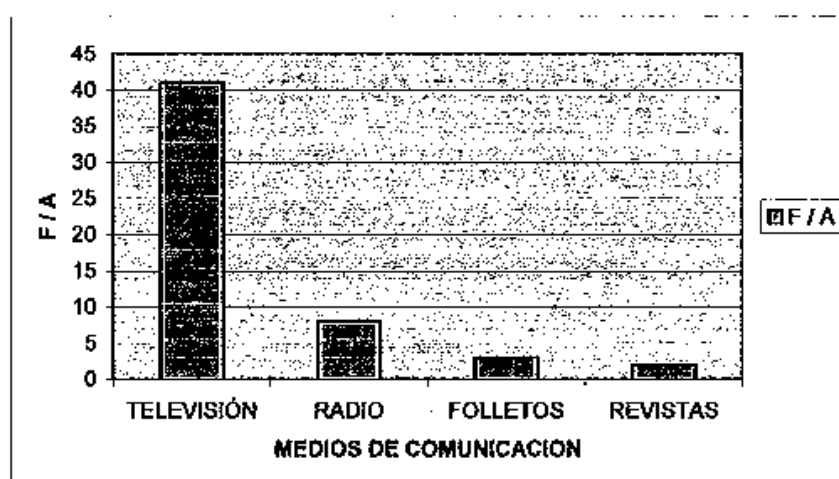


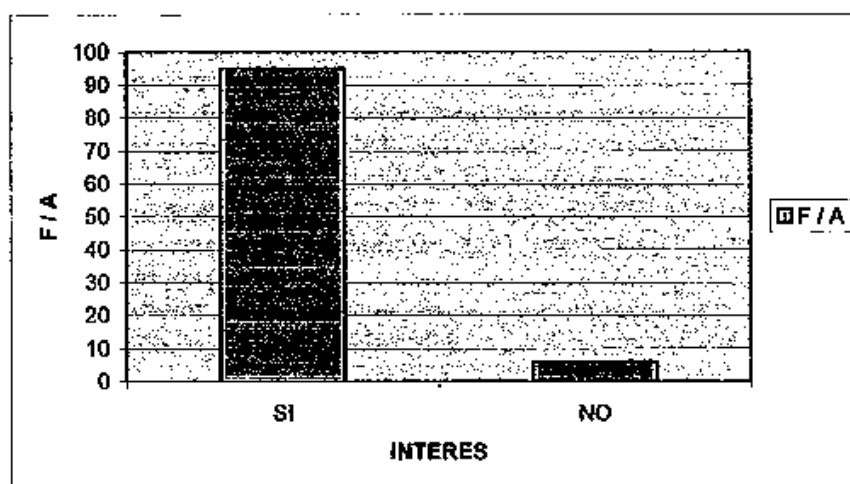
TABLA N° 10

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN
INTERES DE RECIBIR INFORMACION**

INTERES	F / A	F / R
SI	95	94,05 %
NO	6	5,94 %
TOTAL	101	100 %

De la tabla se desprende que el 94,05 % de la población tienen interés de informarse sobre el tema.

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS.

Finalizada la recolección de datos y su tabulación se procede al análisis de los mismos. En un universo compuesto por 101 mujeres jóvenes de 18 a 35 años se desprende que el mayor porcentaje corresponde a mujeres entre 27 a 35 años en un 59,50%, con una moda que es igual a 26, la mitad de esta población está por encima de los 26 años y la otra mitad tiene menos de 26 años (mediana); el promedio de edad de esta población es de 28 años (media), el margen de error es de 2,7 (desvío estándar). Es de destacar que es una población en la cual la prevención puede continuar, según el Dr Vaeza la formación ósea continúa hasta los 30 años y según Bearnse-Myers en esta etapa se produce la culminación del desarrollo comenzando la declinación de los sistemas orgánicos luego de los 35 años.

Según el estado civil el mayor porcentaje corresponde a mujeres solteras en un 42,5%, un 24,7% son casadas, un 23,8% corresponde a unión libre, un 7,9% son divorciadas y un 0,9% viudas.

El mayor porcentaje de la población tienen familiares a cargo, correspondiendo a un 62,38%, donde el 19,80% tienen un integrante a su cargo, el 25,74% tienen dos integrantes, el 8,91% tienen tres integrantes, el 4,95% cuatro integrantes y el 2,98% cinco integrantes; y el 37,62% no tienen integrantes a su cargo.

La moda de esta variable es 0 lo que significa que el valor que más se repite es el que no tiene integrante a cargo, la mitad de esta población tiene el integrante a cargo y la otra mitad más de 1 (mediana), el promedio de integrantes a cargo es de 1,32 (media), el margen de error es de 0,74 (desvío estándar). No se tuvo en cuenta en que etapa del ciclo vital se encuentran estos integrantes por lo que no nos es posible saber el tiempo disponible de la mujer para su auto cuidado y si puede hacer prevención hacia las personas a su cargo como multiplicadora de salud.

De acuerdo al nivel de instrucción el dato que prevalece es 47,5% de secundaria incompleta, ninguno es analfabeto.

Referente a ocupación el mayor porcentaje corresponde a desocupadas con un 52,4%, seguido por trabajo estable con un 37,6%, el 6,9% son estudiantes y el 2,9% están en categorías de pasividad. Llama la atención el alto porcentaje de desocupación, según el interés para nuestro estudio no nos es posible afirmar que poder adquisitivo tienen para su adecuada alimentación ya que no tenemos otros datos como por ejemplo, trabajo no estable u otros ingresos.

En cuanto a los factores de riesgo no modificables, podemos decir que la raza blanca es la que prevalece con un 88%, un 7,9% negra y un 3,9% es mulata. Coincidiendo con la población del país.

Según los antecedentes patológicos personales el mayor porcentaje correspondiente a 89,11% que no presentan, un 3,96% presentan Insuficiencia Renal siendo un factor importante a tener en cuenta por ser esta una población muy joven, un 1,98% hipertiroidismo, un 1,98% diabetes; artrosis, anorexia, enfermedades hepáticas cada una presenta un 0,99%.

Según antecedentes familiares el 14,86% corresponde a familiares que presentaron fracturas, un 5,94% presentaron osteoporosis y el 79,20% no tienen antecedentes familiares de fracturas ni osteoporosis.

En cuanto a los factores de riesgo modificables un 50,50% consumen tabaco, un 100% no consume alcohol, el 22,78% consumen lácteos en forma insuficiente y el 71,99% no realizan ejercicio.

De acuerdo a la exposición solar un 80,19% toman sol en forma suficiente y un 19,81% no lo hacen.

Con respecto al IMC el 59,41% tienen un IMC adecuado, por debajo de los parámetros normales en menos el 4,95% y en más el 35,64%.

El 94,05% no consume medicación que incida en la aparición de la osteoporosis. Cabe destacar el alto porcentaje de factores de riesgo modificables que presenta esta población los cuales no podemos comparar con estudios anteriores de nuestro país ya que no hay estudios realizados en esta etapa del ciclo vital en relación a esta patología. La variable conocimiento fue estudiada por medio de preguntas cerradas sobre osteoporosis y prevención de los factores de riesgo de acuerdo a: alimentación, ejercicio, exposición al sol, respecto a que etapas de la vida se considera mas importante prevenir la osteoporosis; de lo cual resulta que el 64,88% poseen conocimiento satisfactorio sobre el tema y dentro de lo cual un 53,47% es suficiente, un 11,88% es excelente y el restante un 35,65% es insuficiente.

La moda es 7 que significa que la categoría que más se repite fue suficiente.

La mediana es igual a 7 que significa que la mitad de la población tiene conocimiento suficiente e insuficiente y la otra mitad tiene conocimiento suficiente y excelente.

La media es 7,5 el promedio de conocimiento de la población es suficiente.

El desvío estándar es 0,17.

Según la fuente de información el mayor porcentaje corresponde a un 53,46% medios de comunicación, un 19,80% por profesionales y un 15,84% otros medios y un 10,89% no ha tenido información.

El 94,05% de la población encuestada contestó que tendría interés de recibir información sobre osteoporosis y su prevención.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De la población estudiada podemos concluir que en su mayoría tienen un nivel satisfactorio de conocimiento sobre osteoporosis, aunque una tercera parte de la misma demostró tener un conocimiento insuficiente el cual influiría en forma negativa para su auto cuidado y el de su entorno.

Cabe destacar que dentro de los factores de riesgo modificables, como ser tabaquismo, no realización de ejercicios, inadecuado índice de masa corporal, inadecuado consumo de lácteos, le correspondió un alto porcentaje,

los mismos pueden ser cambiados en esta etapa de la vida para prevenir la enfermedad, donde la Licenciada de Enfermería puede incidir en los cambios de hábitos de manera positiva .

En relación a la variable integrantes del grupo familiar a su cargo concluimos que no se tuvo en cuenta en que etapa del ciclo vital se encuentran (niños, adolescentes, adultos, adulto mayor), por lo cual no podemos saber cuanto incide en el tiempo disponible para su auto cuidado y el de su entorno.

El nivel de instrucción de esta población es algo positivo a destacar, no hay analfabetos y el mayor porcentaje corresponde a la categoría, secundaria incompleta, lo cual favorecería la recepción de conocimientos para la prevención de esta enfermedad. Si bien las usuarias demostraron una actitud favorable al recibir información de los profesionales en su mayoría manifestaron haber recibido dicha información de diferentes medios de comunicación, no siendo este un tema tratado por los profesionales de la salud en forma habitual.

Se sugiere en relación a los datos recabados en cuanto a la desocupación (52,47%) se obtengan datos de otros ingresos o en su defecto se las relacione con redes que contribuyan a su alimentación.

Se recomienda establecer programas para las usuarias, para que estas a su vez sean un agente multiplicador hacia su familia , por lo que sería importante que la Licenciada de Enfermería llevara a cabo tareas de promoción a través de la educación sobre conductas y hábitos para conservar la salud y prevenir esta enfermedad y sus complicaciones.

Sería una tarea de la Licenciada de Enfermería trabajar sobre la prevención de esta enfermedad, dado la alta incidencia de mujeres con osteoporosis en nuestro país para favorecer una mejor calidad de vida y disminuir los costos en la salud.

Y por último se puede concluir que se pudo cumplir con los objetivos planteados en este trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFÍA.

- Karina Batthyány. Cuidado infantil y trabajo. ¿Un desafío exclusivamente femenino. Uruguay: OIT Cinterfor. 2004.
- Beare Myers Enfermería médico quirúrgico vol.1.2ª Ed. España: 1995.
- Grupo de Estudios de Osteopatía de la Sociedad Uruguaya de Reumatología (GEOSUR). Osteoporosis. Montevideo: Calígrafos S.A.; 2002.
- Roberto Hernandez Sampieri, Dr.Carlos Fernández Collado, Dra.Pilar Baptista Lucio, Mª. de la Luz Casas "Metodología de la Investigación" 1ª Ed. México: Noviembre 1996
- Dorotea Orem. "Concepto de Enfermería en la Práctica". Barcelona: 1993.
- Teresa A. Pellino. Trastornos Óseos. En: Problemas Músculoesqueléticos. Miami: 1997. P 31-39.
- Carlos A. Sabino. Cap. 1. En: El Proceso de Investigación. Lamer Humanitas; 1996.
- Eusebio Vacza. ¿Qué es la Osteoporosis? Montevideo: Calígrafos S.A.; 2002.
- Talleres Educativos en Salud y Género. Manual para Equipos de Salud IMM Fondo de Población de Naciones Unidas: Montevideo: período 4-15 diciembre 1998.
- Bracco A. Osteoporosis Como prevenirla. Revista Uruguaya de Enfermería. 2001 Segunda Época. P 9-11.
- Sitio Médico. <file:///D:/Articulos%20Nacionales%20Osteoporosis.htm>.
- Revista médica uruguaya 2004.
<http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/osteoporosis/composici.com>
- Universidad de Málaga.
Psicored@informcd.s/d.cu

ANEXOS

PRUEBA PILOTO.

Objetivo General:

-Obtener datos que permitan validar el instrumento de recolección de los mismos y corregir errores o dificultades.

Objetivos Específicos:

- Aplicar el instrumento de recolección de datos a una fracción del universo en estudio.
- Realizar las correcciones que sean pertinentes para lograr mejorar el proyecto.

Material y Métodos:

Para realizar la prueba piloto se obtuvo una muestra por conveniencia de diez entrevistadas en la policlínica María Luisa Tiraparé.
La recolección de datos se llevó a cabo en un día.

Comentarios:

La realización de la prueba piloto tuvo como propósito cumplir con uno de los requisitos del instrumento de medición que es comprobar la validez del mismo. Durante la aplicación surgieron dudas con respecto al entendimiento por parte de las entrevistadas en dos de las preguntas.
En la parte "A" hubo que reelaborar la variable de integrantes del núcleo familiar a número de integrantes a cargo de la entrevistada de su núcleo familiar. Dicho cambio se realizó debido a que no proporciona la información adecuada a nuestra investigación.
En la parte "B", la pregunta N° 5 que es cerrada y estaba formulada de esta manera: ¿Para tener un hueso sano, tomar sol es favorable o desfavorable? Daba lugar a confusión en la mayoría de las entrevistadas en cuanto al horario de exposición al mismo, por lo cual hubo que reformular la pregunta de esta forma: ¿Para tener un hueso sano, tomar sol en horario permitido es favorable o desfavorable?

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

Para obtener información de la población se utilizará como método la encuesta, empleando como instrumento la entrevista estructurada.

A modo de obtener el consentimiento de la misma se le explicará quienes somos, el tema de la investigación, el carácter anónimo y confidencial de la misma, y la importancia que para nosotras tiene su aporte.

La parte "A" de la entrevista caracteriza a la población, indagando sobre datos pertinentes a la investigación como ser: edad, estado civil, número de integrantes del núcleo familiar a su cargo, nivel de instrucción, ocupación, factores de riesgo no modificables como ser: raza, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares de osteoporosis y fracturas y factores de riesgo modificables como ser: tabaquismo, alcoholismo, consumo de lácteos, ejercicios, exposición solar (tiempo), peso/talla (IMC) y medicación habitual.

La parte "B" consta de ocho preguntas: las primeras seis de las cuales trata sobre el conocimiento que tiene la entrevistada acerca de la osteoporosis, la séptima trata sobre la fuente de información obtenida y la octava sobre el interés que tiene la entrevistada de recibir información.

La pregunta Nº 1 es cerrada y de opción múltiple siendo la correcta la opción b) los huesos.

La pregunta Nº 2 es cerrada y de opción múltiple siendo las correctas: a) frutas y verduras, b) carnes, d) lácteos.

La pregunta Nº 3 es cerrada y de opción múltiple siendo las correctas: a) proteínas, b) minerales, d) calcio, f) vitaminas.

La pregunta Nº 4 es cerrada, de opción múltiple siendo la correcta: a) favorable.

La pregunta Nº 5 es cerrada, de opción múltiple siendo la correcta: a) si.

La pregunta Nº 6 es cerrada, de opción múltiple siendo la correcta: a) niñez, b) adolescencia.

La pregunta Nº 7 es cerrada, y de opción múltiple indaga sobre dónde obtuvo la información, presenta tres opciones: a) medios de comunicación, b) profesionales, c) otros.

La pregunta Nº 8 es cerrada y de opción múltiple indaga sobre el interés acerca de la información de osteoporosis y prevención de parte de la entrevistada.

INSTRUMENTO

CONOCIMIENTOS DE LA MUJER JOVEN SOBRE PREVENCION DE OSTEOPOROSIS.

PARTE A

Edad:

Estado civil: soltera ☐ casada ☐
viuda ☐ divorciada ☐
unión libre ☐

Integrantes del núcleo familiar si ☐ no ☐ cuántos
A cargo

Nivel de instrucción: analfabeto ☐ primaria incompleta ☐ primaria completa ☐
secundaria incompleta ☐ secundaria completa ☐
terciaria incompleta ☐ terciaria completa ☐

Ocupación: desocupado ☐ trabajo estable ☐
pasivo ☐ estudiante ☐

Factores de riesgo no modificables:

Raza: blanca ☐ negra ☐ mulata ☐

Antecedentes patológicos personales:

insuficiencia renal ☐ diabetes mellitus ☐ hipertiroidismo ☐ hiperparatiroidismo ☐

lupus ☐ artrosis ☐ artritis ☐ menopausia precoz ☐ anorexia ☐

celíaca ☐ hepática ☐ neoplásicas ☐

Antecedentes familiares de: fracturas ☐ osteoporosis ☐

Factores de riesgo modificables:

tabaquismo: si ☐ no ☐

alcoholismo: si ☐ no ☐ cuánto.....

consumo de lácteos: si ☐ no ☐ cuales cuánto

ejercicios: si ☐ no ☐ tipo frecuencia

exposición al sol: si ☐ no ☐ tiempo.....

peso..... talla..... I.M.C.....

medicación: corticoides ☐ barbitúricos ☐ citostáticos ☐ antiácidos ☐

heparina ☐ anticonvulsivantes ☐

PARTE B

1) ¿Usted cree que la osteoporosis es una enfermedad de?:

- a) los músculos ☐ b) los huesos ☐
c) la piel ☐ d) la sangre ☐

2) ¿Para tener un hueso fuerte y sano qué alimentos considera imprescindibles?

- a) frutas y verduras ☐ b) carnes ☐
c) café ☐ d) lácteos ☐ e) bebidas colas ☐

3) ¿Qué elementos importantes aportan al hueso estos alimentos?

- a) proteínas ☐ b) minerales ☐ c) grasas ☐
d) calcio ☐ e) azúcares ☐ f) vitaminas ☐

4) ¿para tener un hueso sano tomar sol en horarios permitido es ?

- a) favorable ☐ b) desfavorable ☐

5) ¿Piensa usted que el ejercicio físico es beneficioso para evitar enfermedades óseas?

- a) si ☐ b) no ☐

6) ¿En que etapas de la vida considera más importante prevenir enfermedades del hueso?

- a) niñez ☐ b) adolescencia ☐ c) juventud ☐ d) vejez ☐

7) ¿Dónde obtuvo la información? a) medios de comunicación

- televisión ☐ radio ☐ folletos ☐ revistas ☐
b) profesionales ☐
c) otros ☐

8) ¿Le interesaría informarse sobre osteoporosis y su prevención?

- a) si ☐ b) no ☐

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE PROFESIONALIZACIÓN
PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS
GENERACIÓN 2001.**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
SOBRE
CONOCIMIENTOS QUE POSEE
LA MUJER JOVEN
SOBRE PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS.**

TUTORES:

Prof. Agregada Lic. Alicia Bracco.
Prof. Agregada Lic Ana Correa.

AUTORES:

Cristina Chamorro
Ana López
Mariza Pazó
Elena Tuana
Jacqueline Zeballos

ÍNDICE.

Tema, Problema y Objetivos.....	pág. 1.
Fundamentación del problema.....	pág. 2.
Marco Teórico.....	pág. 5.
Diseño Metodológico.....	pág. 20.
Bibliografía	pág. 24.

TEMA: Conocimientos que tiene la mujer joven (18 a 35 años) sobre la prevención de osteoporosis.

PROBLEMA: ¿Qué conocimientos tiene la mujer joven (18 a 35 años) que concurre a la policlínica María Luisa Ti raparé durante el período de tiempo comprendido entre el día 16 al 20 de enero del año 2006 respecto a la prevención de osteoporosis?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los conocimientos que tiene la mujer joven de 18 a 35 años sobre prevención de osteoporosis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar la población objeto de estudio.
2. Conocer que sabe la mujer joven sobre los factores de riesgo modificables de la osteoporosis.
3. Indagar cual es la fuente de dicha información.
4. Conocer que importancia le da a dicha patología

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

La finalidad de realizar este trabajo es obtener información sobre qué conocimientos posee la mujer joven de 18 a 35 años acerca de la osteoporosis, dado que estadísticamente a nivel mundial, según el Grupo de estudios de Osteopatías de la Sociedad Uruguaya de Reumatología, es una enfermedad que va en aumento. En nuestro país es la enfermedad ósea más frecuente, una de cada cuatro mujeres sufre de osteoporosis provocando riesgo de fracturas, inicialmente es una enfermedad asintomática conociéndose como la epidemia silenciosa y la gravedad de la misma puede llevar hasta la muerte. (1)

Queremos señalar que datos epidemiológicos recabados en el Instituto de Reumatología, establece que en 1976 no se consultaba por esta enfermedad, pero hoy día el 30% consulta por esta patología, siendo de mayor incidencia en las mujeres con una relación de seis a uno (entre hombres y mujeres) si hablamos de osteoporosis post menopáusica y de dos a uno si hablamos de osteoporosis senil. (1, 2)

En cuanto a la complicación de esta enfermedad como señalamos anteriormente (las fracturas), las cifras obtenidas de los servicios de urgencia fueron estimadas en unas 6800 fracturas anuales correspondiendo un 40% aplastamiento vertebral, un 20% de muñeca, 20% de cadera y el resto de otras regiones (costilla, pelvis, húmero). (2)

Anualmente el Fondo Nacional de Recursos autoriza la realización de 2200 prótesis de cadera de las cuales el 40% son debido a fracturas osteoporóticas, pudiendo invertir en la prevención con menos recursos económicos, pudiéndose evitar también consecuencias a nivel laboral, social y familiar de la mujer debido a la pérdida de la autovalidez.

La Sociedad Uruguaya de Reumatología consciente del enorme costo social del tratamiento y sobre todo de las complicaciones y de la gran importancia que esta enfermedad adquiere, en una población con tendencia geriátrica como la nuestra, creó en 1999 el GEOSUR; el cual llevó a cabo un cuestionario a nivel nacional para definir el riesgo de osteoporosis de nuestra población, en donde se encuestó a 3500 personas de ambos sexos, de 40 años y más en todo el país que consultaron durante los meses junio a agosto de 1999 en Servicios Públicos y Privados donde se comprueba que el 60% de la población (67% del total de mujeres y 17% del total de hombres) tienen factores de riesgo que lo hacen susceptibles a padecer dicha enfermedad.

Sabiendo que el tratamiento eficaz de esta enfermedad es la prevención precoz, nos interesa saber que conocimientos tiene la mujer de 18 a 35 años para su autocuidado, se trata de una etapa cronológica que según lo define Beare-Myers en su libro de Enfermería Médico-Quirúrgico es allí donde se producen cambios emocionales y físicos que llevan a la culminación del desarrollo, comenzando una declinación de los sistemas orgánicos.

(1) GEOSUR. Osteoporosis. Montevideo: Caligrafos S.A.;2002.

(2) Eusebio Vaeza. ¿Qué es la Osteoporosis. Montevideo. Oficina del Libro. FEFMUR;2004.

Las consecuencias sanitarias relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol, la dieta, el ejercicio físico, las prácticas sexuales y hábitos de seguridad pueden estar relacionadas con actividades y comportamientos que se han desarrollado durante la adolescencia.

La prevención de la salud de los jóvenes es un componente esencial de la promoción del bienestar.

Hacer un fuerte énfasis en la prevención ya que en esta etapa de la vida puede dar resultados muy positivos en etapas posteriores.(3) También nos interesa saber que conocimientos tiene la mujer sobre los factores de riesgo modificables que le permitan incidir sobre los mismos, a fin de fortalecer su autocuidado (4).

Teniendo en cuenta que esta patología es prevalente en mujeres se podría considerar como una enfermedad de género, según el Dr. José Dueñas Jefe de Obstetricia del Hospital Universitario de Sevilla.

Desde el punto de vista del rol de Licenciada de Enfermería esta investigación sería beneficiosa a la profesión ya que aportaría a la misma conocimientos necesarios, teniendo en cuenta que la Licenciada dispone de una calificación especial para llevar a cabo, actividades de promoción, fomentando los hábitos saludables y actividades de prevención en sus diferentes niveles:

Prevención primaria, con la promoción de salud fomentando el autocuidado y prevención de enfermedades.

Prevención secundaria mediante la prevención de complicaciones.

Prevención terciaria mediante la rehabilitación y la reinserción social.

La enfermera será capaz de definir el perfil de la población asistida el cual le permitirá de acuerdo a los factores predisponentes y de riesgo, implementar las estrategias de su plan de profilaxis.

Otro punto a tener en cuenta en cuanto al beneficio a esta profesión es que la misma es mayoritariamente femenina.

El tema del cuidado y las responsabilidades familiares, principalmente el cuidado de los niños y las personas dependientes, considerando el cuidado como una actividad femenina corrientemente no remunerada sin reconocimiento ni valor social que la investigadora Ariel Russel define como el hacerse cargo resultado de muchos actos que implican sentimientos, acciones, conocimientos y tiempo con un esfuerzo emocional y mental y físico.(4).

Plantea hoy más que nunca la interrogante acerca de la posición de las mujeres y su igualdad en distintos ámbitos de la sociedad y el tiempo disponible para su autocuidado y el conocimiento del mismo.

Es importante destacar que las políticas sociales están experimentando cambios que causan un impacto en la salud de las personas condicionado su convivencia comportamiento familiar y social.(5)

(3) Beare-Myers. Principios y Prácticas de la Enfermería Médico Quirúrgico. Vol 1 2ªEd Madrid 1995

(4) Dorotea E. Orem. Modelo de Enfermería. Concepto de Enfermería en la práctica. Barcelona 1993.

(5) Red Temática de estudios de Género Universidad de la República 2003.

Mediante una entrevista no estructurada que se realizó a la Dra. Cristina Grela, Coordinadora del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública, se obtuvo información en forma verbal y escrita mediante la adjudicación del programa.

Este programa fue creado en un comienzo para normativas relacionadas al binomio madre-hijo. Luego con el asesoramiento de organismos de cooperación internacional, el sistema de Naciones Unidas, los convenios regionales, la escucha a las propuestas del movimiento de mujeres fue reconceptualizándose y se incorporó el Programa de Mujer-Niñez.

Actualmente teniendo en cuenta la equidad y derechos se observó la necesidad de que normas, programas, marcos teóricos y prácticas relacionadas a la atención de uruguayos y uruguayas puedan revisarse y planificarse con un enfoque de género.

Este Programa registra a mujeres en diferentes situaciones socioeconómicas culturales de inequidad por lo que surge desarrollar políticas públicas de salud que atiendan esos derechos en todas las etapas de sus vidas y sin discriminación alguna.(6).

También esta concepción enfocada desde género plantea la revisión de roles asignados a hombres y mujeres por lo que dicha transformación cultural considera una nueva perspectiva que a nivel de salud pueda ser normatizada. Este programa de Mujer y Género aborda determinadas áreas.

Dentro de estas áreas se incluirán aspectos que atiendan la discriminación de clase social, raza, etnia, opción sexual, capacidades diferentes, religión y género que serán ejes transversales de cada una de ellas.

En lo que respecta a nuestro tema de investigación el mismo no está contemplado en forma específica sino que hace referencia a este en una de sus áreas de acción Salud de las Mujeres en el climaterio y tercera edad en donde señala que se podría disminuir los síntomas y signos de la falla hormonal ovárica mediante la incorporación de estilos de vida saludable fomentando el autocuidado, el fortalecimiento de las redes familiares y sociales, la incorporación de las actividades lúdico creativas y eventualmente el uso de los tratamientos médicos para disminuir complicaciones crónicas degenerativas como la osteoporosis.(6)

Y por último otro de los motivos que nos impulsa a llevar a cabo esta investigación es que no hemos encontrado trabajos anteriores de investigación sobre el tema por parte de nuestra profesión.

(6) Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género MSP 2005.

MARCO TEÓRICO.

ESTRUCTURA DEL HUESO.

El hueso, tipo especial de tejido conjuntivo que es rígido y actúa de soporte de los tejidos blandos del organismo. Constituye el componente principal de casi todas las estructuras esqueléticas de los vertebrados adultos, que protegen los órganos vitales, permiten la locomoción y desempeñan un papel vital en la homeostasis (equilibrio) del calcio en el organismo. Hay una forma cortical y otra trabecular, llamadas respectivamente como hueso compacto y esponjoso. Se distingue de otro tipo de tejido conjuntivo duro que recibe el nombre de cartilago.

Está formado por una mezcla química de sales inorgánicas (65 a 70%) y varias sustancias orgánicas (30 a 35%) y está dotado de dureza y elasticidad. Su dureza procede de sus componentes inorgánicos, siendo los principales el fosfato de calcio y el carbonato de calcio, junto a pequeñas cantidades de fluoruros, sulfatos y cloruros. Su elasticidad deriva de sustancias orgánicas como colágeno y pequeñas cantidades de elastina, material celular y grasas. El hueso compacto (llamado también hueso cortical) aparece como una masa sólida dispuesta en láminas. Contiene cavidades dispersas que albergan, cada una, un osteocito o célula ósea. Los osteocitos se comunican entre sí a través de canales finos que parten de la cavidad y que además podrían desempeñar un papel importante en la nutrición de dichas células.

Las láminas del hueso compacto se disponen de forma concéntrica alrededor de uno conductos paralelos al eje longitudinal del hueso llamados conductos de Havers que contienen tejido nervioso y vasos sanguíneos que proporcionan a los huesos nutrientes orgánicos. Están conectados entre sí, con las cavidades medulares y con el exterior por los denominados canales de Volkman.

El hueso esponjoso (también llamado hueso poroso) se localiza en los extremos y el centro del hueso compacto. El hueso esponjoso no contiene canales de Havers. Consiste en un entramado de trabéculas o laminillas óseas que se disponen de forma tridimensional, creando cavidades comunicadas, ocupadas por una red de tejido conjuntivo que recibe el nombre de tejido medular o mieloide. La médula ósea supone de un 2 a un 5% del peso corporal de una persona y está formada por dos tipos de tejidos. La médula ósea amarilla está constituida principalmente por tejido adiposo y la médula ósea es un tejido generador de células sanguíneas: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La zona externa de los huesos (el hueso cortical), que encierra todos los componentes antes mencionados, está formada por el tejido óseo más compacto y duro, cubierto por una membrana fibrosa vascular que recibe el nombre de periostio. (7)

(7) Revista médica uruguaya 2004.
http://www.zona_médica.Com.ar/categorias/medicinailustrada/osteoporosis/composici...

Existen tres tipos principales de células óseas: osteoblastos, osteoclastos y osteocitos.

Osteoblastos: Células muy diferenciadas que son las responsables del depósito de la matriz extracelular y su mineralización. Presentan una estructura celular que incluye un gran retículo endoplásmico, complejo de Golgi y características celulares relacionadas con su papel de síntesis de proteínas y de células secretoras. Participan activamente en la formación del hueso.

Osteoclastos: Responsables de la resorción de hueso calcificado y de cartílago, están formados por la fusión de precursores mononucleares. Las células muestran polaridad, ocurriendo la resorción a lo largo del borde rugoso que está situado a nivel de la superficie ósea.

Osteocitos: Se trata de osteoblastos que permanecen por detrás en lagunas a medida que avanza la superficie formadora de hueso. Estas células se comunican entre sí a través de procesos citoplasmáticos que atraviesan los canaliculos óseos, que pueden ser de ayuda para coordinar la respuesta del hueso a las fuerzas o a la deformación.

En cuanto a su estructura ósea podemos decir que el hueso cortical se encuentra en la parte externa y rodea a la parte trabecular. Aproximadamente el 80% del esqueleto es hueso cortical.

El hueso trabecular se encuentra en el interior del tejido óseo.

Cada sistema haversiano tiene un canal central que contiene un paquete neurovascular. En cuanto al hueso trabecular normal consta de una malla de pequeñas espículas entre las cuales hay cavidades con médula ósea roja o amarilla según su localización y edad. La superficie de las trabéculas tiene una capa osteogénica o endosito, la cual es responsable del remodelado más activo que en la compacta.

Se encuentra en la epífisis de los huesos largos, el diploe de huesos planos y entre las dos tablas compactas de los huesos cortos y vértebras. La metáfisis de los huesos adultos es una mera zona de transición entre compacta y esponjosa.

El hueso cortical se encuentra en las diáfisis de huesos largos, es homogéneo y muy resistente. Forma conducto tubular que encierra la cavidad medular, donde asientan las principales estructuras neurovasculares junto con la médula ósea amarilla. La superficie externa está cubierta por el periostio formado por una capa exterior del tejido fibroso rica en vasos, nervios y terminaciones sensitivas; en ella se insertan ligamentos y tendones. La capa interior del periostio es una delgada lámina osteogénica formada por osteoblastos. La superficie interna, por su parte, está tapizada con una capa osteogénica similar a la perióstica, pero sin tejido fibroso; es el endosito que se adapta a una superficie irregular puesto que se forman algunas trabéculas. El endostio tapiza la cavidad medular, las cavidades del hueso trabecular y los canales haversianos.

Las **funciones del hueso** son las siguientes: permiten el movimiento al actuar como palancas con uniones articuladas, facilitan asimismo el soporte de la estructura corporal; protegen los órganos internos como el corazón, los pulmones, el cerebro y la médula espinal; producen células sanguíneas a través del tejido mieloide de la médula ósea; también sirven como reservorio de calcio, fosfato e hidrogeniones. (8)

Cuando por múltiples causas estas funciones están alteradas surge el concepto de Osteopatías Desmineralizantes dentro de las cuales se encuentra la Osteoporosis.

(8) Teresa A. Pellino. Trastornos Óseos. En: Problemas Músculoesqueléticos. Miami: 1997. P 31-39.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad ósea metabólica que implica un desequilibrio entre la resorción y la formación de hueso sano. Aunque la composición química del hueso no se modifica disminuye la masa ósea produciendo debilitamiento y fragilidad en los huesos que se fracturan fácilmente. La osteoporosis puede originarse por pérdida acelerada de hueso tras superar la edad de máxima masa ósea o por la disminución de la masa ósea en el crecimiento. Los huesos muy esponjosos (como cuerpos vertebrales, el extremo distal del radio y el cuello del fémur) sufren la mayor pérdida de masa ósea, el hueso compacto que se encuentra en los huesos largos brazos y piernas sufren menor pérdida. Cuando un cuerpo disminuye de peso manteniendo su volumen existe una disminución de la masa esto es lo que pasa en la osteoporosis existe una disminución de la masa ósea. Siendo la medida ósea normal entre 0 y -1 llegando en la osteoporosis a menos de -2,5 DS (desvío estándar).

La osteoporosis se puede manifestar de dos formas:

Primaria: es la forma mas frecuente de la enfermedad puede ser pos menopáusica o senil.

Secundaria: implica la pérdida de hueso a partir de alteraciones congénitas, y adquirida. Se la conoce como la epidemia silenciosa por ser inicialmente asintomática.

Aquellos elementos que predisponen a determinadas personas a padecer esta afección son los factores de riesgo, estos pueden ser modificables o no.

Modificables: hábitos alimenticios, deportivos, hábitos de fumar, alcoholismo.

No modificable: predisposición genética, edad sexo, raza.

OSTEOPOROSIS SEGÚN SUS CAUSAS

PRIMARIA	Osteoporosis idiopática	Se ven en niños y jóvenes
	Osteoporosis tipo 1 O menopáusica	En posmenopáusicas
	Osteoporosis tipo 2 o Senil	En hombres y mujeres mayores de 70 años
SECUNDARIA	De causa endócrina	Hiperparatiroidismo Hipertiroidismo Hiperlordismo Hipogonadismo diabetes
	Nutricionales	Déficit de calcio poco aporte de proteínas alcoholismo tabaquismo
	Farmacológicas	Cortisona, barbitúricos antiácidos, citostáticos
	Inmovilización	Reposo, sedentarismo
	Enfermedades crónicas	Neoplasias, artritis reumatoide, afecciones digestivas, insuficiencia renal
	Genéticas	Osteogénesis imperfecta

Esta patología se conoce hace mucho tiempo pero inicialmente por sus características. Se sabía que era una enfermedad de la vejez, en su mayoría mujeres de fracturas fáciles. Es en 1994 que la OMS la define como una disminución de masa ósea con riesgo a fractura.

Según las medidas de densitometría ósea podemos decir que estamos ante un hueso:

- Normal: nivel óptimo de masa ósea
- Osteopénico: masa disminuida no representa peligro (10 a 30%)
- Osteoporótico: masa ósea disminuida en un 30% enfermedad presente sin fractura.
- Osteoporosis establecida se agrega fractura.

Se desprende de esta clasificación la siguiente definición La osteoporosis es una enfermedad con riesgo de fractura medible por densitometría.

ORIGEN DE LA OSTEOPOROSIS

A partir de haber alcanzado el nivel óptimo del hueso según raza, sexo, herencia, condiciones de vida y alimentación (25 a 30 años) cuando la resorción predomina sobre la formación la masa ósea comienza a descender.

Esto puede suceder por dos motivos tanto por mayor rapidez en la destrucción (osteoclastos) o mayor lentitud en la reposición (osteoblastos)

FACTORES QUE ASEGURAN UN EQUILIBRIO EN ESTE PROCESO

NO MODIFICABLES

Herencia, esta ligada al sexo y la raza.

Sexo, la osteoporosis es de predominio femenino

Raza, la raza negra es más resistente a la enfermedad. Es más frecuente en mujeres blancas con antecedentes familiares.

MODIFICABLES

Nutrición, la nutrición debe ser la adecuada para el desarrollo normal del hueso (proteínas, vitaminas y minerales)

El calcio mineral indispensable en el organismo, otorga la solidez al esqueleto e interviene en funciones vitales (transmisión nerviosa, contracción muscular, coagulación de la sangre)

El hueso es el reservorio mayor de este mineral con un total de 980 grs. en todo el organismo.

Los requerimientos de calcio se estiman en 10mg Kg. / DIA

Veremos las necesidades diarias de calcio según edad en una tabla

EDAD	MG/DIA
0 A 6 MESES	270
6 MESES A 1 AÑO	400
1 A 10 AÑOS	800-1200
10 A 24 AÑOS	1300
ADULTO	1000
MUJERES EN MENOPAUSIA	1000
TOMANDO ESTROGENOS	1500
EMBARAZO Y LACTANCIA	1200-1500
65 AÑOS Y MAS	1300-1600

ALIMENTOS Y SU CONTENIDO DE CALCIO

Contenido en miligramos de calcio por 100 g de alimento

LECHE ENTERA	150
LECHE EN POLVO	800
LECHE DESCREMADA	300
MANTECA	100
QUESO FRESCO	400
QUESO DURO	900
QUESO DAMBO	700
QUESO MOZZARELA	200
QUESO RICOTA	700
YOGUR	200
DULCE DE LECHE	300
CARNE DE POLLO	5
ACHURAS	50
SARDINAS (CON SUS ESPINAS)	400
OTROS PESCADOS	20
YEMA DE HUEVO	100
FRUTAS SECAS	200
CEREZAS Y FRUTILLAS	250
BROCOLI, APIO, Y BERRO	120
ESPINACA, COLIFLOR ACELGA	80
OTRAS VERDURAS	30

La forma de absorción del calcio dependerá de diferentes factores ellos son:

Presencia de vitamina D, proteínas, digestión, edad.

La forma de eliminación del calcio se realiza por dos vías intestinal y urinaria.

Vitaminas:

La vitamina D es el complemento indispensable para la correcta metabolización y aprovechamiento del calcio ingerido. Permite el depósito del calcio en la matriz proteica, favorece la absorción del calcio en el intestino.

Se encuentra bajo la piel en forma de pro vitamina necesitando la exposición al sol para activarla, bastando 10 minutos diarios en cara y manos, también la encontramos en aceite de hígado, carne, leche materna y yema de huevo

Vitamina C: forma la matriz proteica del hueso.

Ejercicio es otro factor importante en la prevención de esta patología ya que éste logra el mantenimiento de la masa ósea. La forma y la estructura del hueso guarda relación con la fuerza que actúa sobre el esqueleto, para alcanzar su forma definitiva necesita la acción de factores mecánicos representado por los músculos en que se inserta. (Fuerza de tracción) y el peso del cuerpo que debe soportar y transmitir (presión) La falta de esta actividad produce osteoporosis por desuso, provoca severa desmineralización del esqueleto que puede ser muy grave.

Consumo de alcohol este hábito es capaz de disminuir en forma importante la masa ósea, se supone que inhibe la acción del osteoblasto (no se sabe en forma exacta como actúa)

Se desconoce que cantidad sería el riesgo, pero si existen los siguientes parámetros:

En el niño cualquier consumo es de riesgo

Durante embarazo y lactancia cualquier consumo es de riesgo

En adolescencia el riesgo es mayor que en el adulto no más de 20 g/día diarios En el adulto se considera de riesgo más de 20 g/día en la mujer y 60g/día en el hombre

El anciano tolera menos que el adulto

Consumo de tabaco fumar incide sobre la calidad del hueso .En la mujer su efecto se asocia a la inhibición de estrógenos no se sabe como actúa en el hombre.

Otro factor que actúa en el equilibrio óseo es el hormonal

Hormonas son sustancias segregadas por la glándula internas del organismo y que poseen el poder de acelerar, retardar o detener las reacciones químicas que intervienen en las funciones vitales.

Paratiroidea: segregada por la paratiroides, provocan destrucción ósea estimulan la acción del osteoclasto. Liberando el calcio que pasa a la sangre para mantener el nivel de calcemia normal (100mg/l)

Calcitonina. Hormona segregada por la tiroides actúa en forma inversa a la paratiroidea evita la destrucción ósea. Puede ser sintetizada desde 1960 y se utiliza como medicamento como un recurso muy eficaz para la osteoporosis

Glucocorticoides: derivado de la cortisona producida por glándulas suprarrenal actúa en el hueso impidiendo la formación del tejido óseo e interviene en la regulación de la calcemia.

Estrógenos hormona producida por el ovario, actúa en forma secundaria en el hueso, inhibiendo la acción de los osteoclastos. Cuando comienzan su actividad se produce una aceleración del crecimiento óseo hasta alcanzar el pico máximo de masa ósea, cuando cesa su actividad (menopausia) hay pérdida progresiva de masa ósea muy intensa, en los primeros 5 años llegando a perder en 15 años sucesivos la tercera parte del capital cálcico.

¿COMO SE MANIFIESTA LA OSTEOPOROSIS?

Comienza en una etapa silenciosa sin síntomas ni signos radiológicos llamada osteopenia esta puede ser leve con una pérdida del 10% de la masa ósea, mediana con una pérdida del 20% de la masa ósea y severa con una pérdida del 30% de la masa ósea. Comienza aquí la osteoporosis sin síntomas pero con una radiografía de fragilidad esquelética. Si hay dolor es que hay fracturas mínimas que las radiografías no permiten visualizar. Se estudia con un procedimiento llamado morfometría. Luego llegamos a la osteoporosis establecida con un 30% de disminución de masa ósea y fractura.

COMPLICACIONES DE LA OSTEOPOROSIS

Dolor: es el síntoma más frecuente generalmente de espalda o cintura, se debe a fracturas vertebrales provocada por un traumatismo mínimo.

Fractura: en condiciones normales no hay fracturas por traumatismos mínimos. Con osteoporosis si se suceden. Pueden ser vertebrales, cuello de fémur y muñeca. **Vertebrales:** se fracturan por un resbalón, por una frenada brusca, por un exceso de tos. Estas sufren un hundimiento de intensidad variable que modifica su forma pero no hay desplazamiento.

Muñeca: se fractura siempre por un mecanismo indirecto, por caída. Fracturándose el radio (extremidad distal) que articula con la mano.

Cadera: se ubica habitualmente en la cavidad superior del fémur en el cuello y zona trocantérica. Produce dolor en la raíz del muslo, impotencia funcional, no puede levantarse ni caminar y se produce desviación de la pierna y pie y un acortamiento global.

Deformación: son secundarias a las fracturas son permanentes o mas o menos invalidantes. Son provocadas por fracturas vertebrales que se suceden se aplastan y provoca una vértebra en cuña. Pueden aplastarse de 1 a 2 cm. por lo cual la talla disminuye provocando cambios a nivel alveolar y torácico.

Sociales: las relaciones sociales y laborales se ven afectadas según sea el grado de invalidez provocado por el dolor o la fractura.

Emocionales: dependerá del grado de invalidez, del apoyo social, económico y la forma de enfrentar su nueva situación de salud.

El tratamiento más eficaz es la prevención, que puede llevarse a cabo desde la etapa intrauterina, cumpliendo la Licenciada de Enfermería un rol fundamental en lo que es la educación, poniendo énfasis en los factores de riesgo modificables. (1, 2,9)

Teniendo en cuenta que esta patología nos muestra una gran incidencia en las mujeres con una relación de 6 a 1 con respecto a los hombres en osteoporosis pos menopáusica y de 2 a 1 en osteoporosis senil por lo que se puede considerar una enfermedad de género por lo cual se nos hace imprescindible conceptualizar género y prevención.

Género: Según la Dra. en Sociología Karina Bytthány en su trabajo de investigación sobre "Cuidado Infantil y Trabajo ¿Un desafío exclusivamente femenino?" refiere que la adjudicación social, de manera prioritaria, del espacio público y del ámbito productivo a los hombres y del espacio privado, el trabajo reproductivo y de atención y cuidado de los otros a las mujeres, fundamenta la definición de identidades de los proyectos de vida que una sociedad, comunidad o grupo social perciben como masculinas o femeninas y las jerarquiza y valora de forma diferente. Esta persistencia genera la naturalización del orden y de los roles de género llevando a sostener que existe una relación determinante del sexo y la capacidad para realizar una tarea.

Históricamente la participación femenina por excelencia ha ocurrido en el ámbito privado de la reproducción y vida familiar consecuentemente las áreas de ocupación de las mujeres se desenvuelven alrededor del hogar, educación de los hijos, temas de salud bienestar social e higiene.

El papel de los varones comprende la vida pública dominada por los negocios, la economía, la industria, las energías, las relaciones internacionales, la política y el gobierno. Se resalta el fenómeno de transferencia entre el no trabajo doméstico y el trabajo profesional. Dichos puestos se centran en las ramas económicas más parecidas a las domésticas, industria textil, alimenticia, servicios de enfermería, enseñanza, secretariado comercio y empleo doméstico. (10)

Según la investigadora francesa Daniela Kergoat este es un fenómeno histórico que afecta la estructura de la sociedad.

Las mujeres ganan menos que los hombres, están concentradas en profesiones más desvalorizadas, tienen menor acceso a los espacios de decisión en el mundo público, sufren mayor violencia, viven doble o triple jornada de trabajo.

La articulación entre la esfera pública y privada debe repensarse algunas autoras como Paole Campellin y Pereira han propuesto el concepto de ciudadanía de todos los días, ciudadanía cotidiana en lo cual lo reproductivo y productivo, lo público y lo privado se articulen tratando de superar esta dicotomía.

A lo largo de la historia se fue gestando en algunos ámbitos una preocupación por la situación de inequidad a la que se ve sometida la mujer. A pesar que se aprobó la Carta y la Declaración de los Derechos Humanos, existe aún hoy una gran contradicción entre lo previsto en dichos documentos y la situación real de la mujer.

(1) GEOSUR. Osteoporosis. Montevideo: Caligrafos S.A; 2002.

(2) Eusebio Vaeza ¿Qué es la Osteoporosis? Montevideo. Oficina del Libro. FEFMUR; 2004.

(9) Sitio Médico.Filc://Di/Articulos%20Osteoporosis.htm.

(10) Karina Bytthány. Cuidado Infantil y Trabajo. ¿Un desafío exclusivamente femenino? Uruguay OITCentrifor. 2001.

Una de las más frecuentes y silenciosas formas de violación de los Derechos Humanos es la violación de género.

Es un problema universal, pero para comprender mejor los patrones y sus causas, y por lo tanto eliminarlos conviene partir del conocimiento de las particularidades históricas y socioculturales de cada contexto específico. Por consiguiente, es necesario considerar que responsabilidades y derechos ciudadanos se les reconocen a las mujeres en cada sociedad, en comparación con los que les reconocen a los hombres, y las pautas de relacionamiento que entre ellos se establecen.

Si bien la violación de los Derechos Humanos afecta tanto a los hombres como a las mujeres, su impacto varía de acuerdo con el sexo de la víctima.

Lo que diferencia a este tipo de violencia de otra forma de agresión y coacción es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer.

En 1946, la Comisión para la Condición de la Mujer trabajó sobre 4 pilares básicos de desigualdad y discriminación:

- Educación
- Empleo.
- Derechos civiles y religiosos.
- Instancia de decisión.

En 1979 fue aprobado la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer, en 1981 más 100 miembros de las Naciones Unidas la habían ratificado.

La visión de género implica la inclusión de todos los seres humanos. Por lo tanto se nos hace necesario definir género.

Bajo el sustantivo género se agrupan los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la femineidad/masculinidad y bajo el concepto sexo los componentes biológicos anatómicos.

El concepto género aparece como el producto del establecimiento de una clasificación y atribución de roles a cada sexo.

El género se construye y se reproduce en una relación social mediada por relaciones económicas, ideológicas y culturales orientadas al mantenimiento de diferencia entre hombres y mujeres.

Las relaciones de género involucran socialmente a hombres y mujeres, pues cada uno de estos dos grupos sociales es condición y consecuencia de la existencia del otro.

La desaparición o las modificaciones que puedan afectar a cualquiera de los dos afectan o modifica directamente al otro.

Según la antropóloga Gayle Rubin (1975), el enfoque de género tiene un interés epistemológico de primer orden para abordar la realidad de la mujer, porque es: "el conjunto de operaciones mediante las cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana".

Rubin establece la diferencia entre sexo y género, entendiéndose el sexo como la diferencia biológica entre el varón y la mujer, mientras el género designa la identidad del varón y la mujer determinadas por condiciones sociales que explican las relaciones que se han establecido entre ambos.

Para la antropóloga Marcela Lagarte, el género se refiere al conjunto de atributos simbólicos, sociales, económicos, jurídicos, políticos y culturales asignada a las personas de acuerdo a su sexo.

A su vez Joan Scot subraya que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones insignificantes de poder.

Actualmente a la mujer se le continúa asignando un papel fundamental en la producción de la salud, ya que es responsable de hervir el agua, preparar alimentos nutritivos, llevar a los hijos a vacunar, cuidarlos cuando están enfermos, mantener la higiene del hogar y otras tantas responsabilidades que se le atribuyen a la mujer como tal; a su vez se le suma la desvalorización social y económica de su trabajo conduciendo a una falsa evaluación del tiempo disponible.

Por lo que se visualiza como problema de salud vinculado al género, la forma de socialización que privilegia un sexo en desmedro de otro.

Es importante destacar que las políticas sociales están experimentando cambios que causan un impacto en la salud de las personas condicionando su convivencia social, comportamiento individual y familiar.

Rol de la mujer en la sociedad.

Historia de la mujer en la sociedad uruguaya.

Uno de los parámetros que ha producido mayores variantes y cambios en la sociedad actual-con una rapidez desconocida anteriormente en términos históricos- es la situación de la mujer.

Las mujeres han/hemos sido parte de este proceso de conquistas, conformando movimientos y diversas formas de organización en distintos lugares del mundo, otorgándole en cada lugar el sello propio, étnico y pluralista.

Es entonces que la citación de las mujeres depende de otras variantes de mayor incidencia que las meras palabras contenidas en declaraciones y leyes. Se debe a valores culturales, que rigen las relaciones sociales y la vida de las personas, incluidas las propias mujeres. Son las mujeres, producto de estas mismas convicciones y determinaciones, quienes conviven naturalmente en situaciones de subordinación y opresión.

Asimismo, las mujeres son y somos el instrumento básico de sustentación de los valores que regulan una sociedad, ya que ocupando un rol central de educadoras en la familia, transmiten/transmitimos a los hijos/hijas los valores tradicionales de género.

A comienzos de este siglo, la pugna por conseguir el sufragio por parte de las mujeres representó un avance en los derechos civiles de las ciudadanas. La Segunda Guerra Mundial demostró a los Estados y fundamentalmente a las propias mujeres, que eran capaces no sólo de mantener sus familias, trabajos y países, cuidar a los heridos, sino también de recuperar las ruinas producidas por la misma guerra. Al mismo tiempo se produjo otro fenómeno que se repetiría unos años después: las mujeres se agruparon para luchar juntas por sus derechos como nunca lo habían hecho antes y consiguieron sus objetivos.

La formación de grupos de mujeres con el objetivo de revisar su condición, situación e identidad, así como las relaciones entre los géneros, fueron algunos de los logros que – nacidos en los innumerables reclamos de la década del 60- permitieron en el mundo, avances que se van consolidando en nuestros días.

En el Uruguay también se mostraron signos de esos movimientos.

Históricamente mujeres brillantes-provenientes de diferentes campos profesionales-, se han ganado lugares de prestigio y recogieron el reconocimiento nacional, desde los comienzos de nuestra constitución como país. Sin embargo, en general estos lugares no han estado asociados a la toma de decisiones en el campo de las políticas públicas.

Como signos de los cambios de los últimos 30 años, y como producto de una mayor participación de las mujeres en ámbitos tradicionalmente considerados masculinos, es que se constata un incremento de la presencia de las mismas en el trabajo, en los gremios, en las carreras universitarias.

Llegado el tiempo de las dictaduras militares en el continente y en nuestro país, alrededor de la década del 70, se detiene el proceso de participación social donde las mujeres habían logrado espacios de visibilidad social.

Aún de derrotado el gobierno militar, la sociedad uruguaya en su conjunto y las mujeres en particular-como nunca antes había sucedido- se agruparon para estudiar su situación y elaborar sus reclamos, expresar sus prioridades y hacer propuestas.

A este espacio plural se le denominó la **Concentración Nacional de Mujeres**.

Las mujeres se re-organizaron para reclamar por sus derechos dentro y fuera de la casa, enfatizando la idea de que la democracia se construye en la vida cotidiana y por ende en las relaciones y vínculos del hogar.

La democratización de los espacios doméstico-familiares es una de las ideas centrales de la lucha por condiciones de igualdad entre mujeres y varones.

El retaceo de la información, los años de silenciamiento de ideas también acallan sentimientos y no permiten con confianza expresar emociones, plantearse cambios e innovaciones.

Los análisis conducentes a comprender la construcción de las identidades femeninas, requieren ineludiblemente la revisión de los valores culturales de género, posibilitando de tal forma la generación hacia el futuro de proyectos personales y sociales con mayores grados de autonomía.

Este proceso surge inicialmente de clases medias profesionales, pero rápidamente se socializa formal e informalmente dándose la reunión de mujeres de todos los sectores sin distinciones.

Mujeres de las ciudades o rurales, artesanas, amas de casa, líderes comunitarias, cooperativistas, docentes, religiosas o ateas, han concretado espacios de reflexión o debate para cuestionar el rol tradicional asignado y convocar a una transformación centrada en el reconocimiento de los Derechos de las Mujeres como Derechos Humanos.

La propia sabiduría de las mujeres es necesaria para el proceso de valorización para romper con el descrédito a la opinión auto generada.

En el devenir de estas experiencias-que se multiplicaron en los países del mundo y de la región-, se dieron los pasos necesarios para que estas necesidades sentidas fueran consideradas y reconocidas como Derechos Humanos Básicos.

Tenerlos en cuenta es un compromiso de cada hombre y cada mujer habitante del hoy, que quiera contribuir al bienestar común y a la igualdad social. (11)

(11) Talleres Educativos en Salud y Género. Manual para Equipos de Salud IMM Fondo de Población de Naciones Unidas: Montevideo: período 4-15 diciembre 1998. Montevideo: FPNU: 1998.

La prevención es sobre todo, definida como cualquier medida o protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente o que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad o bien de interrumpir o aminorar su progresión, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las instituciones de salud, de las comunidades y de las personas que más que integrarlas las instituyen.

En la primera conferencia internacional de Promoción de Salud realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar “a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.

Las prácticas de prevención no se pueden quedar entonces amarradas a viejos problemas y esquemas, insistiendo fundamentalmente y apenas en lo que muchos los llaman “comportamientos sanos”, que se asocian a diversos aspectos, ámbitos y procesos vitales del ser humano pero vistos muy puntualmente y además han estado, al menos parcialmente viciados de formalismos y deficiencias conceptuales fundamentales. Uno de los principios más importantes es lo relativo a los niveles de prevención, delimitación de suma importancia dado que de acuerdo a éstos en que se trabaje la prevención, la definición de las acciones preventivas varían.

Las diferentes clasificaciones de niveles de prevención se realizaron atendiendo a varios referentes como:

- 1) Los tipos de prevención correspondientes a los diferentes estadios de evolución de las enfermedades. **Modelo Clínico.**
- 2) Los tipos de prevención correspondientes a los diferentes niveles de atención (primario, secundario, terciario) con las especialidades que cada uno de ellos implica. **Modelo Organizativo.**
- 3) Los tipos de prevención correspondientes con los ámbitos donde se realiza la misma. **Modelo Funcional.**

Se establece así los diferentes niveles de prevención basándose en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad. Según Caplan se clasifican los niveles de prevención en:

- **Prevención Primaria:** es aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad vinculada a su etiología.
- **Prevención Secundaria:** es aquella que tiene como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo.
- **Prevención Terciaria:** es aquella que estaría volcada en evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social.

Según Stevenson se clasifican en: **prevención presuntiva** que es aquella que trata de modificar una condición asociada o previa a la enfermedad; **prevención relativa** es la que una vez aparecido el trastorno se trata para evitar mayores consecuencias; **prevención absoluta** es la que anula las causas y la aplicación de medidas científicas.

Estas clasificaciones, de una manera u otra han estado presentes en las prácticas de prevención en salud que durante muchos años se han estado realizando, constituyen criterios útiles a tener en cuenta para reconocer el tipo de labor que estamos realizando, pero se limitan a una concepción cerrada y arcaica del proceso salud-enfermedad. Tiene entonces una validez relativa, ya que su conocimiento es necesario como uno de los principios generales a aplicar en las acciones de prevención.

Estas clasificaciones nos permiten delimitar campos de acción y volver una vez más a las especificidades necesarias e imprescindibles, pues uno de los principios generales en prevención es que para prevenir uno debe conocer que es lo que va a prevenir, sus especificidades.

Con estas clasificaciones de niveles de prevención debemos pensar todos los puntos que deben estar presentes en el momento de nuestra ejecución, para poder saber lo que estamos haciendo ya que lo válido realmente resulta ser la propia concepción de prevención, que aunque estemos realizando un tratamiento, debe estar presente la prevención.

La prevención en salud es una tarea que requiere de:

- A) Un modo de pensar con referenciales conceptuales acordes a modelos que deben estar a la altura del desarrollo que encierra **el concepto de prevención.**
- B) La organización consecuente de un sistema de salud acorde a los principios generales de la prevención, aplicables **en todos los eslabones del sistema.**
- C) La realización de acciones profesionales dirigidas al cumplimiento del objetivo **prevenir.**

Las acciones profesionales que se realicen implican la observación rigurosa de determinados elementos:

-La ejecución de las acciones preventivas en salud es multidisciplinaria en su aplicación e interdisciplinaria en su concepción.

-Las acciones de prevención pueden ser preparadas y realizadas tanto por especialistas como por grupos de diferentes especialistas como programas que abarcarían diferentes niveles de acción.

-Existen las interrelaciones entre las diferentes especialidades que se han ido desarrollando las diferentes técnicas con las que accionan los objetivos preventivos.

-La Educación y la Promoción de Salud, son algunas de las acciones de prevención que se han ido instrumentando con todo un caudal de medios (comunicación social, psicoprofilaxis) logrando de este modo la puesta en práctica de la tarea preventiva en salud.

La especificidad técnica e instrumental responde en términos generales al tipo de ámbito en el cual vamos a trabajar el nivel del alcance de los objetivos propuestos, el tipo de situación o problema sobre el cual pretendemos ejercer nuestra influencia, las necesidades detectadas en el objeto centro de nuestras acciones preventivas y el referente conceptual con el cual trabajemos. (12)

En este caso la prevención de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir al tiempo que es un prerequisite para el desarrollo humano, necesita que el individuo aprenda que situaciones son potencialmente peligrosas y que sea capaz de apartarse de tales entornos. Finalmente hay una tendencia humana a ser normal.

De esta manera creemos pertinente tener en cuenta el modelo de autocuidado que propone Dorotea Orem, el cual refiere que un modelo para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos con bases científicas y relacionados en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para utilizarlos.

El fundamento del modelo de enfermería de Orem es el concepto de autocuidado, "acto propio del individuo que sigue un patrón y una secuencia, que cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento al desarrollo de los seres humanos".

Las actividades del autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado puede estar afectada por la edad, etapa del desarrollo y estado de salud.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades de autocuidado que son esenciales para el logro del autocuidado, independiente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo entorno ambiental del individuo. Estas actividades son las llamadas requisitos de autocuidado universal. El término requisitos se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Los ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos incluyen:

- (1) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- (2) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- (3) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
- (4) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- (5) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- (6) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- (7) Prevención de peligros para la vida, al funcionamiento humano, y el bienestar humano.
- (8) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

La Enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión. La enfermera brinda atención, ayuda o hace lo posible para que el paciente obtenga los resultados de salud que desea.

El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente.

Los requisitos de autocuidado, universales y asociados con el desarrollo, dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria.

Los requisitos de autocuidado relacionados con las desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad, dándole el nombre de demanda de autocuidado de prevención secundaria.

La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes. El método más adecuado para atender dichas necesidades, se diseñó y se evaluó un plan de acción que es el proceso de enfermería.

Enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio, con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por la misma. La enfermera brinda atención, cuidados o hace lo posible para que el paciente obtenga los resultados de salud que desea. Las personas que recibirán atención de enfermería son pacientes que no tienen o no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismos. La base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado.

En este modelo se hace hincapié en la función de la enfermera sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. La intervención de enfermería es promocionar conductas o hábitos dirigidas a conservar la salud, prevenir enfermedades, reestablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente en colaboración con éste.

Para que la mujer joven lleve a cabo el autocuidado debe poseer conocimiento. ¿De qué hablamos cuando hacemos referencia al conocimiento?

Hablamos del proceso de conocer, no es un acto único que se alcanza de una vez. El hombre tiene muchas maneras distintas de aproximarse a un objeto de su interés. La realidad puede ser mirada de diferentes puntos de vista. No hay conocimiento sin contexto social, cultural sin historia. Es una abstracción de la realidad. El conocimiento común o doxa se basa en la experiencia y el sentido común, se elabora una idea de la realidad observada.

Tipos de conocimiento: conocimiento instrumental

Es un conocimiento construido por las ciencias naturales. Tiene como habilidad relacionarse instrumentalmente y tecnológicamente con los objetos. **Conocimiento interactivo:** al convivir con otros seres humanos lo que hacemos es interactuar para poder conocernos mejor y satisfacer las necesidades. Este conocimiento surge de compartir juntos una vida y un mundo, intercambiando acciones basadas en experiencias anteriores. Nos permite vincularnos. **Conocimiento crítico** proviene de la reflexión y de la acción nos permite saber lo que es correcto. Este conocimiento permite plantearnos problemas acerca de la realidad que nos rodea. La crítica se convierte en voluntad de acción y luego en acción. **Conocimiento científico** es el conocimiento racional cierto o probable que obtenido de una manera metódica y verificados con la realidad se sistematizan orgánicamente, haciendo referencia a objetos de la misma naturaleza cuyos contenidos son susceptibles de ser transmitido.

El conocimiento científico trata de indagar las causas de los hechos. (13)

(13) Carlos A. Sabino. Cap. 1. En: "El Proceso de Investigación" Lamer Humanitas 1996

Diseño metodológico

Tipo de estudio:

El tipo de estudio será descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio:

Policlínica María Luisa Tiraparé perteneciente a IMM, ubicada en la calle Uruguay 1952 entre Arrenal Grande y Fernández Crespo cuyo horario de atención es de lunes a viernes de 7 a 18 horas, atiende a una población de niños, mujeres; y a hombres solo con respecto a medicina general.

Universo:

Nuestro Universo de estudio estará constituido por mujeres de 18 a 35 años que concurren a la Policlínica María Luisa Tiraparé perteneciente a la IMM durante el período comprendido del día 16 al 20 de enero del año 2006 en los turnos mañana y tarde.

Para este estudio se tomará el universo.

Recolección de Datos:

El método que se utilizará para la recolección de datos es la encuesta mediante una entrevista estructurada, la cual durará quince minutos y se utilizará como instrumento un formulario que consta de dos partes: parte A que caracteriza la población y la parte B consta de preguntas cerradas que se les realizará a las entrevistadas acerca de qué conocimientos, información e interés tienen sobre el tema.

Para comprobar la validez del instrumento se llevará a cabo una prueba piloto que se realizará en un día y se aplicará a una fracción de la población en estudio (ver anexo.)

Plan de Tabulación:

Se realizará según la estadística descriptiva.

Se tabulará las diferentes variables cualitativas y cuantitativas en forma individual mediante cuadro simple.

Plan de Análisis:

Se realizará sobre las bases de tablas de frecuencia absoluta, de frecuencia porcentual medidas de tendencia central: moda, mediana, media y de dispersión: desvío estándar.

Se realizará tablas de frecuencia absoluta y porcentual para el total de la población en las variables de:

- edad.
- estado civil.
- número de integrantes del núcleo familiar a su cargo.
- nivel de instrucción.
- ocupación.
- factores de riesgo-no modificables
- modificables
- conocimiento.
- fuente de información.
- interés.

Se analizará por medidas de tendencia central las siguientes variables:

- edad: moda, mediana, media.
- integrante del núcleo familiar: moda, mediana, media.
- conocimiento: moda, mediana, media.

Se analizará por medidas de dispersión las siguientes variables:

- edad. -desvío estándar
- número de integrantes del núcleo familiar a su cargo –desvío estándar.
- conocimiento-desvío estándar.

Definición de Variables:

Las mismas serán definidas conceptualmente y operacionalmente.

Edad: se define como el número de años que posee la persona a la fecha de la encuesta.

Variable cuantitativa continua.

La escala de medición es ordinal.

Las categorías serán de 18 a 26 años y de 27 a 35 años. (se utilizarán estos intervalos para facilitar la tabulación).

Estado Civil: se define como la situación de la persona en relación de sus obligaciones y derechos civiles.

Variable cualitativa.

La escala de medición es nominal.

Categorías: soltera

casada

unión libre

viuda

divorciada.

Integrantes del grupo familiar: se define como el número de personas a su cargo.

Variable cuantitativa discreta.

La escala de medición es ordinal.

Rangos: 1,2,3,4 y 5.

Nivel de instrucción: se define como el grado de conocimiento adquirido por la persona.

Variable cualitativa.

La escala de medición es la ordinal.

Categorías: analfabeto

primaria incompleta

primaria completa

secundaria incompleta.

secundaria completa.

terciaria incompleta

terciaria completa.

Ocupación: se define como el oficio, empleo, profesión y/o estudio en que se desempeña en la actualidad la persona.

Variable cualitativa.

La escala de medición es nominal.

Categorías: desocupada, estudiante, trabajo estable, pasivo.

Factores de riesgo: se define como condición cuya presencia se relaciona con una elevada probabilidad de que se produzca un daño.

No modificable: variable cualitativa.

La escala de medición es nominal.

Las categorías a utilizar son para la variable:- raza: blanca

negra.

mulata.

-antecedentes patológicos personales: lo descriptos en el instrumento.

-antecedentes familiares: fracturas

osteoporosis

Modificable: variable cualitativa.

La escala de medición es nominal

Las categorías a utilizar son: -sí.

-no.

Conocimiento: se define como idea o noción que tiene la persona sobre el tema.

Variable cuantitativa.

La escala de medición es ordinal.

Rangos: 0 a 6 puntos, 7 a 9 puntos y 10 a 12.

Los criterios de evaluación de conocimientos son los siguientes: insuficiente 0-50%

suficiente 51%-75%

excelente 76%-100%.

Cada pregunta adoptaría un determinado puntaje según la o las opciones correctas.

Pregunta N° 1: -valor: 1 punto la opción correcta.

Pregunta N° 2: -valor: 3 puntos, cada opción correcta vale un punto, donde cada opción incorrecta contestada invalida una correcta.

Pregunta N° 3: -valor 3 puntos, cada opción correcta vale un punto, donde cada opción incorrecta contestada invalida una correcta.

Pregunta N° 4: -valor 1 punto la opción correcta.

Pregunta N° 5: -valor 1 punto la opción correcta.

Pregunta N° 6: -valor 2 puntos, invalidándose la correcta ante una incorrecta contestada.

El criterio que se tuvo en cuenta para realizar esta escala de medición fue en base a los conocimientos adquiridos a través del marco teórico.

Fuente de Información: se define como lugar o procedencia de la información obtenida.

Variable cualitativa.

Escala de medición es nominal.

Las categorías a utilizar son: a) medios de comunicación

b) profesionales

c) otros.

Interés: se define como inclinación del ánimo, móvil para la acción.

Variable cualitativa.

La escala de medición es nominal.

Las categorías son: sí

no.

BIBLIOGRAFÍA

- Baptista, P., Fernández, C. y Hernández, R. (1996). Metodología de la Investigación 1ª Ed. México: McGRAW-HILL Interamericana de México, S.A. de C.V.
- Batthyány, K. (2004). Cuidado Infantil y Trabajo ¿Un desafío exclusivamente femenino?. Montevideo: Cinterfor/OIT.
- Beare, P. y Myers, J. (1995). Principios y Prácticas de la Enfermería Médico Quirúrgico vol.1.2ª Ed. Madrid: Mosby-Doyma.
- Bracco A. Osteoporosis Como prevenirla. Revista Uruguaya de Enfermería. 2001 Segunda Época. P 9-11.
- Manual para Equipos de Salud. Montevideo. Abril. 1998. Montevideo: IMM Fondo de Población de Naciones Unidas: período 4-15 dic. 1998.
- Mendoza, B., Moyano, M., Raciazek, S., Ramagli, A., Ronco, A. y Souto, R. (2002). Osteoporosis. Montevideo: Calígrafos S.A.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem. "Concepto de Enfermería en la Práctica".4ª Ed. Barcelona: Mayson-Salvat.
- Pellino, T. (1997); Trastornos Óscos. En T. Pellino; Problemas Músculoesqueléticos. (pags. 31-39). Miami.
- Sabino, C. (1996). En C. Sabino; El Proceso de Investigación.(pags. 7-14). Madrid: Lamer Humanitas.
- Vacza, E. (2004). ¿Qué es la Osteoporosis?. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Revista médica uruguaya 2004.
<http://www.zonamedica.com.ar/categorias/medicinailustrada/osteoporosis/composici.com>
- Sitio Médico. <file:///D:/Articulos%20Nacionales%20Osteoporosis.htm>.
- Universidad de Málaga.
Psicored@informed.s/d.eu

ANEXOS.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

Para obtener información de la población se utilizará como método la encuesta, empleando como instrumento la entrevista estructurada.

A modo de obtener el consentimiento de la misma se le explicará quienes somos, el tema de la investigación, el carácter anónimo y confidencial de la misma, y la importancia que para nosotras tiene su aporte.

La parte "A" de la entrevista caracteriza a la población, indagando sobre datos pertinentes a la investigación como ser: edad, estado civil, número de integrantes del núcleo familiar a su cargo, nivel de instrucción, ocupación, factores de riesgo no modificables como ser: raza, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares de osteoporosis y fracturas y factores de riesgo modificables como ser: tabaquismo, alcoholismo, consumo de lácteos, ejercicios, exposición solar (tiempo), peso/lalla (IMC) y medicación habitual.

La parte "B" consta de ocho preguntas: las primeras seis de las cuales trata sobre el conocimiento que tiene la entrevistada acerca de la osteoporosis, la séptima trata sobre la fuente de información obtenida y la octava sobre el interés que tiene la entrevistada de recibir información.

La pregunta N° 1 es cerrada y de opción múltiple siendo la correcta la opción b) los huesos.

La pregunta N° 2 es cerrada y de opción múltiple siendo las correctas: a) frutas y verduras, b) carnes, d) lácteos.

La pregunta N° 3 es cerrada y de opción múltiple siendo las correctas: a) proteínas, b) minerales, d) calcio, f) vitaminas.

La pregunta N° 4 es cerrada, de opción múltiple siendo la correcta: a) favorable.

La pregunta N° 5 es cerrada, de opción múltiple siendo la correcta: a) sí.

La pregunta N° 6 es cerrada, de opción múltiple siendo la correcta: a) niñez, b) adolescencia.

La pregunta N° 7 es cerrada, y de opción múltiple indaga sobre dónde obtuvo la información, presenta tres opciones: a) medios de comunicación, b) profesionales, c) otros.

La pregunta N° 8 es cerrada y de opción múltiple indaga sobre el interés acerca de la información de osteoporosis y prevención de parte de la entrevistada.

INSTRUMENTO

CONOCIMIENTOS DE LA MUJER JOVEN SOBRE PREVENCIÓN DE OSTEOPOROSIS.

PARTE A

Edad: ☐ ☐

Estado civil: soltera ☐ casada ☐
viuda ☐ divorciada ☐
unión libre ☐

Integrantes del núcleo familiar si ☐ no ☐ cuántos ☐
A cargo

Nivel de instrucción: analfabeto ☐ primaria incompleta ☐ primaria completa ☐
secundaria incompleta ☐ secundaria completa ☐
terciaria incompleta ☐ terciaria completa ☐

Ocupación: desocupado ☐ trabajo estable ☐
pasivo ☐ estudiante ☐

Factores de riesgo no modificables:

Raza: blanca ☐ negra ☐ mulata ☐

Antecedentes patológicos personales:

insuficiencia renal ☐ diabetes mellitus ☐ hipertiroidismo ☐ hiperparatiroidismo ☐

lupus ☐ artrosis ☐ artritis ☐ menopausia precoz ☐ anorexia ☐

celíaca ☐ hepática ☐ neoplásicas ☐

Antecedentes familiares de: fracturas ☐ osteoporosis ☐

Factores de riesgo modificables:

tabaquismo: si ☐ no ☐

alcoholismo: si ☐ no ☐ cuánto.....

consumo de lácteos: si ☐ no ☐ cuales cuánto

ejercicios: si ☐ no ☐ tipo frecuencia

exposición al sol: si ☐ no ☐ tiempo.....

peso..... talla..... I.M.C.....

medicación: corticoides ☐ barbitúricos ☐ citostáticos ☐ antiácidos ☐
heparina ☐ anticonvulsivantes ☐

PARTE B

1) ¿Usted cree que la osteoporosis es una enfermedad de?:

- a) los músculos ☐ b) los huesos ☐
c) la piel ☐ d) la sangre ☐

2) ¿Para tener un hueso fuerte y sano qué alimentos considera imprescindibles?

- a) frutas y verduras ☐ b) carnes ☐
c) café ☐ d) lácteos ☐ e) bebidas colas ☐

3) ¿Qué elementos importantes aportan al hueso estos alimentos?

- a) proteínas ☐ b) minerales ☐ c) grasas ☐
d) calcio ☐ e) azúcares ☐ f) vitaminas ☐

4) ¿para tener un hueso sano tomar sol es ?

- a) favorable ☐ b) desfavorable ☐

5) ¿Piensa usted que el ejercicio físico es beneficioso para evitar enfermedades óseas?

- a) sí ☐ b) no ☐

6) ¿En que etapas de la vida considera más importante prevenir enfermedades del hueso?

- a) niñez ☐ b) adolescencia ☐ c) juventud ☐ d) vejez ☐

7) ¿Dónde obtuvo la información? a) medios de comunicación

- televisión ☐ radio ☐ folletos ☐ revistas ☐
b) profesionales ☐
c) otros ☐

8) ¿Le interesaría informarse sobre osteoporosis y su prevención?

- a) sí ☐ b) no ☐