

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y CALIDAD DE VIDA
EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS. HOSPITAL WALTER
CRUZ VILCA, ALTO MOCHE 2017.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

BACH. VANEZA ANALI, RODRÍGUEZ MORENO.

BACH. MARITZA ISABEL, SÁENZ NARRO.

ASESORA:

MG. ENF. ASUNCIÓN ELENA, QUIROZ DE LA CRUZ.

TRUJILLO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y CALIDAD DE
VIDA EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS. HOSPITAL WALTER
CRUZ VILCA, ALTO MOCHE 2017.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS:

BACH. VANEZA ANALI, RODRÍGUEZ MORENO.

BACH. MARITZA ISABEL, SÁENZ NARRO.

ASESORA:

MG. ENF. ASUNCIÓN ELENA, QUIROZ DE LA CRUZ.

TRUJILLO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

*A mis padres, **Eduardo y Blanca**,
gracias por todo su apoyo incondicional
y su amor, que a pesar de la
circunstancias siempre estuvieron
conmigo en mi mente y en mi corazón.*

*A mis hermanos **Noé y Zenaida**,
por darme siempre palabras de
aliento para seguir adelante y así
poder realizarme profesionalmente,
a mi sobrina, por ser mi fuente de
motivación e inspiración y poder
ser un ejemplo a seguir para ella.*

Vaneza

DEDICATORIA

*A mis padres **María y Genaro**, mi amor sincero, respeto y admiración, porque siempre me han brindado su apoyo incondicional y con sus palabras de aliento me impulsaron a seguir adelante.*

*A mis sobrinos, **Nicolás y Keyla** por ser mi fuente de motivación e inspiración y poder ser un ejemplo a seguir para ellos.*

Maritza

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por darnos fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo de felicidad.

A nuestra asesora Mg. Enf. Asunción Elena, Quiroz de la Cruz., fue un privilegio tenerla como guiadora académica, hoy que nuestros estudios pre profesionales han sido concluidos, le hacemos referencia que nos llena de orgullo el haber compartido con nosotras sus conocimientos científicos y su valioso tiempo.

Vaneza y Maritza

TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	v
INDICE DE GRAFICOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIAL Y METODOS.....	32
III. RESULTADOS.....	41
IV. DISCUSION.....	49
V. CONCLUSIONES.....	58
VI. RECOMENDACIONES.....	59
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	60
ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1:	
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE MENOPAUSICA - HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE, 2017.....	42
TABLA 2:	
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE MENOPAUSICA - HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE, 2017.....	44
TABLA 3:	
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PRE MENOPAUSICA HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE 2017.	46
TABLA 4:	
FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS. HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE 2017.	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLE DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE MENOPAUSICA- HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE, 2017	43
GRÁFICO 2: FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE MENOPAUSICA- HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE, 2017	45
GRÁFICO 3: CALIDAD DE VIDA DE MUJERES PRE MENOPAUSICA- HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE, 2017	47

RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, se realizó para determinar la relación entre los factores de riesgo de osteoporosis y la calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas. Se aplicaron dos instrumentos a 145 mujeres, el primer instrumento: Cuestionario sobre factores de riesgo de osteoporosis, el segundo instrumento Cuestionario sobre calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas. En factores de riesgo no modificables, el 46% tiene antecedentes familiares de osteoporosis, ciclo menstrual el 59.3% refiere ciclo irregular. Los factores de riesgo modificables, el 60.0 % no practica ejercicio físico, toma de sol, el 48.3 % casi nunca realiza esta actividad, hábitos nutricionales, el 50.4 % incluye en su dieta pescado, pollo y carnes rojas. En la calidad de vida, todas las dimensiones valoradas califican con mala calidad de vida. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado (χ^2), la decisión estadística de relación se tomó en cuenta el valor de $p < 0.05$ al 95 % de confianza. Concluyendo que existe relación significativa entre los factores de riesgo de osteoporosis y la calidad de vida.

Palabras Claves: Factores de Riesgo de Osteoporosis, Calidad de vida, Mujeres pre menopaúsicas.

ABSTRACT

The present investigation of descriptive type correlation and of transversal cut, was made to determine the relation between the factors of risk of osteoporosis and the quality of life in pre menopausal women. Two instruments were applied to 145 women, the first instrument: Questionnaire on osteoporosis risk factors, the second instrument Questionnaire on quality of life in pre-menopausal women. In non-modifiable risk factors, 46% have a family history of osteoporosis, 59.3% menstrual cycle refers irregular cycle. Modifiable risk factors, 60.0% do not practice physical exercise, sunbathing, 48.3% almost never perform this activity, nutritional habits, 50.4% include fish, chicken and red meats in their diet. In the quality of life, all the dimensions assessed qualify with poor quality of life. The Chi square test was applied (χ^2), the statistical decision of relationship was taken into account the value of $p < 0.05$ at 95% confidence. Concluding that there is a significant relationship between osteoporosis risk factors and quality of life.

Keywords: Risk Factors of Osteoporosis, Quality of life, Pre-menopausal women.

I. INTRODUCCION.

Inicialmente la osteoporosis fue considerada como parte del proceso del deterioro natural de un individuo con la edad, estudios han demostrado que esta enfermedad se caracteriza por baja masa ósea, asociada a un deterioro de la micro arquitectura del hueso, lo que conlleva a un aumento de la fragilidad del esqueleto y la susceptibilidad para la aparición de fracturas, histológicamente el problema se caracteriza por un descenso en el espesor de la capa cortical y en el número y tamaño de las trabéculas del hueso esponjoso (6).

A nivel mundial la osteoporosis es un problema de salud pública emergente, dado por el envejecimiento progresivo de la población; afecta a más de 200 millones de personas y se calcula que entre el 30% y el 50% de las mujeres postmenopáusicas desarrollan esta enfermedad, solo un 10% de las mujeres con fracturas se hacen dependientes, y 2 de cada 10 requieren cuidados domiciliarios, desafortunadamente menos del 50 % retoman sus actividades habituales (6).

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, la osteoporosis afecta con mayor frecuencia a las mujeres post menopáusicas, en una relación mujer/hombre que puede variar entre 3 a 8 mujeres por cada hombre, una incidencia de 25% para las mujeres mayores de 45 años y 50% para mujeres mayores de 60 años (9).

En Europa, la cantidad de mujeres mayores de 65 años siguen aumentando considerablemente, en quienes la incidencia de fractura osteoporótica es mayor; se estima que ocurren unas 8 fracturas por minuto, y que 89 millones fueron fractura de cadera, es importante resaltar que la debilidad ósea se manifiesta en todo el esqueleto humano. Los costos directos han sido estimados en casi 32 mil millones de euros que se espera se incrementen hasta los 77 mil millones para el año 2050 en función a los cambios demográficos esperados (1).

En España en el 2015, cerca de la mitad de mujeres se encuentran en la etapa de la menopausia entre los 45 y 60 años, el 85%, afirma que su calidad de vida se ha deteriorado desde que iniciaron este momento de su vida, reconocen que los sofocos, la disfunción sexual, la depresión, además de estar predispuestas a padecer de osteoporosis, todo ello altera su calidad de vida (34).

Es difícil evaluar el impacto de la osteoporosis sobre América Latina, pero se estima que para el año 2050 los latinoamericanos sufrirán 655 mil fracturas de cadera, con un costo anual de 13 billones de dólares. La osteoporosis es causa de morbimortalidad significativa, se sabe que después de una fractura ocurre la pérdida de la independencia en gran cantidad, datos establecen que en el caso de la fractura de cadera alrededor de 25% de mujeres mueren los primeros 6 meses posterior al traumatismo, 60% presenta reducción de la movilidad y 25% aumenta de modo considerable la dependencia funcional (22).

En América Latina, según la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio, en el 2016, la mayoría de las mujeres durante la menopausia o climaterio su calidad de vida va en declive, en su vida social y sexual; el 55% de las latinoamericanas asegura sufrir efectos moderados o severos durante el fin de su etapa reproductiva (5).

En Chile en el 2012, el 81% de las mujeres en etapa pre menopaúsica encuestadas, señalan sufrir síntomas severos y moderados, como los conocidos bochornos, sudoración excesiva, trastornos del sueño, irritabilidad y problemas sexuales asociados a una disminución del deseo sexual y la sequedad de la vagina. Le siguen las mujeres uruguayas, las que en un 67% reconocen ver empeorada su calidad de vida durante este período que ocupa un tercio de la vida de la mujer (5).

En Argentina en el 2012, el jefe de Endocrinología Ginecológica y Menopausia del Hospital Reina Sofía, José Villero, destacó que el 20% de las mujeres con menopausia tiene una mala calidad de vida, se estimó que unas 20.000 mujeres en Córdoba se encuentran en edad de tener la menopausia. Colombia, está por debajo del promedio regional, con un 48% de sus mujeres presentan mala calidad de vida durante la menopausia (5).

Perú es el cuarto país de mayor población de América del Sur, cuenta con 31 733 839 habitantes de los cuales 3 915 347 son mujeres entre 35 a 64 años, se estima que 36 de cada 100 mujeres peruanas mayores de 50 años presentan osteoporosis, considerada en la actualidad como un problema de salud pública del siglo XXI. La atención debe enfocarse en la prevención, si las mujeres pueden alcanzar el pico de masa ósea adecuado, ingerir una cantidad adecuada de calcio, mantener un cronograma regular de ejercicio físico y reducir los factores de riesgo modificables, la prevalencia de osteoporosis disminuirá (17).

Según datos del Ministerio de Salud, la osteoporosis en nuestro país se ha venido incrementando durante esta última década y actualmente constituye un problema de salud pública en el Perú. Así, la osteoporosis está considerada como la causa principal de las roturas de huesos, esencialmente de caderas, de vertebras o de muñecas, que produce un gran número de hospitalizaciones e invalidez, registrándose un promedio de 10 fracturas mensuales en los hospitales del Ministerio de Salud (26).

El padecimiento involucra a mujeres y hombres, afectando fundamentalmente en un 20% a 30% a mujeres, especialmente después de la menopausia. Se calcula que un 50% a 55% de la población post menopáusica tiene osteopenia, que requiere control urgente, ya que en diez años serán los que tendrán mayor riesgo de sufrir fractura de cadera. Cabe indicar que la osteoporosis forma parte del grupo de enfermedades no transmisibles y es netamente prevenible, siendo recomendable la adopción de estilos de vida saludable (26).

Según información de la Estrategia de Enfermedades No Transmisibles del MINSA en el año 2012, se detectaron 16 mil 353 casos de osteoporosis en hospitales del Ministerio de Salud de todo el país, siendo Lima la ciudad donde estuvo el mayor número de pacientes con este mal, 11027 casos (67.4%), los cuales fueron registrados principalmente en la zona norte y centro de la ciudad (26).

La osteoporosis constituye un verdadero problema social, económico y de salud pública con características de epidemia en los países desarrollados. Todo ello obliga a preparar y difundir programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, sobre todo, porque se conocen los factores de riesgo y se dispone de métodos diagnósticos no invasivos que permiten cuantificar, con bastante exactitud, la masa ósea y su pérdida (6).

En tal sentido, cobra mayor importancia la educación, dirigida a la población en general, que puede ayudar en la prevención de osteoporosis y de fractura osteoporótica, al lograr cambios desde edades tempranas de la vida en los estilos de vida, y modificar factores de riesgo modificable comunes a múltiples enfermedades crónicas causantes de un aumento desenfrenado de la morbimortalidad por esta causa, con la consecuente elevación de los gastos de la salud pública en nuestro país (26).

El interés por el estudio de la calidad de vida aumentó considerablemente en los últimos años del siglo XX. Se consideró que después de haberse satisfecho las necesidades básicas de la población al menos en el Mundo Desarrollado, es hora de trabajar por mejorar la calidad de la vida, de aquellas poblaciones que no han sido satisfechos sus necesidades básicas (3, 32).

La osteoporosis es un desorden esquelético caracterizado por una baja densidad ósea y un deterioro en la microarquitectura del hueso, lo cual predispone a la fragilidad ósea y al incremento de riesgo de fracturas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la osteoporosis en términos de masa ósea como 2.5 desviaciones estándar (DE) por debajo del promedio de masa ósea pico en los adultos jóvenes (7, 11).

La enfermedad se caracteriza por masa ósea baja y deterioro del tejido óseo, es una enfermedad silenciosa que avanza y no produce síntomas hasta que se presentan fracturas, producen invalidez, dolor, sufrimiento intenso y en muchos casos muerte, las fracturas que se presentan con mayor incidencia son las de cadera, vértebras o muñeca (19).

Esta enfermedad, actualmente se diagnostica a través de la valoración de factores de riesgo tales como la edad, género, deficiencia de estrógeno, menopausia y andropausia prematura, antecedentes familiares positivos, inmovilización prolongada, tabaquismo y bajo peso corporal, entre otros, así como la medición de la masa ósea por medio de densitometría (9).

Dicha enfermedad se manifiesta por: pérdida de algunos centímetros de estatura, aproximadamente 3 cm, aparición de una fractura (fractura de la muñeca por ejemplo) aparte de ataques violentos que empiezan a partir de los cincuenta años de edad, presencia de una escoliosis (deformación de la columna vertebral que provoca una torsión de la espina dorsal acompañado por una deformación del tórax) o de una cifosis (deformación de la columna vertebral que provoca una curvatura detrás de la columna vertebral y una espalda redonda) apareciendo a partir de los cincuenta años de edad, presencia de dolores vertebrales violentos, de dificultades en realizar ciertas actividades de la vida diaria, fracturas óseas (19).

En relación a factores de riesgo de osteoporosis, está definido como circunstancia que contribuye de manera sustancial la probabilidad de contraer osteoporosis en determinadas mujeres pre menopaúsicas. Se dividen en dos grandes categorías: factores modificables, aquellos que se pueden cambiar, y factores no modificables, que han sido identificados como responsables de la limitación en la masa ósea, así como de incrementar el ritmo de pérdida de la masa ósea con la pre menopausia siendo algunos de ellos prevenibles, la mayoría de los factores de riesgo impactan directamente en la biología ósea, es por ello que solo tomaremos algunos factores modificables y factores no modificables (18).

Dentro del grupo de factores modificables tenemos, el índice de masa corporal (IMC), es la relación entre el peso y la altura utilizada, para clasificar el bajo peso, peso normal y la obesidad, y esto se asocia al riesgo de osteoporosis. Las personas con bajo índice de masa corporal ($<19\text{kg}/\text{m}^2$), tienen escasos depósitos de grasa corporal y menores niveles de estrógenos, que son los que previenen la pérdida del tejido óseo, por otra parte la grasa corporal podría amortiguar la caídas y prevenir las fracturas, Por lo general, se considera que un índice de masa corporal entre 20 y 25 es ideal (29, 25).

Otro factor modificable importante, tenemos los hábitos de vida los cuales siempre han mantenido una asociación con esta patología, es cierto que los hábitos de vida no llegan por sí solos a tener una relación de causa efecto, pero sí modifican la evolución de la osteoporosis en mujeres pre menopáusicas con un proceso osteoporótico, por eso es necesario conocer a detalle los hábitos que influyen en el desarrollo de osteoporosis (20).

Dentro de los hábitos de vida relacionados con la osteoporosis, tenemos los buenos hábitos nutricionales que desempeñan un papel fundamental en la adquisición de masa ósea a través del aporte directo de alimentos energéticos, vitaminas y minerales, uno de los principales minerales que interviene en el depósito de la masa ósea es el calcio, el 99% de calcio se encuentra en el esqueleto y sólo existen pequeñas cantidades en el plasma y el líquido extravascular (15).

Las necesidades diarias de calcio varían en las diferentes edades, a partir de los 50 años, las mujeres deben consumir de 1,200 a 1,500 mg de calcio todos los días, la ingesta de calcio en la dieta es necesaria para un metabolismo óseo normal, el calcio se absorbe con dificultad en el intestino, no llegando al 30% de lo ingerido en adultos. Algunas sustancias de los vegetales inhiben la absorción de calcio, aunque las leguminosas contienen isoflavonas que mejorarían la fijación del mismo al hueso (31).

El control de la absorción de calcio se ejerce por presencia de la vitamina D que se obtiene a través de la exposición al sol diariamente, y tiene una relación directa con la densidad ósea, la hidroxidación en el hígado y el riñón, con lo que se aumenta la absorción ósea, por lo que se aconseja el suplemento de 800 a 1,000 IU diariamente de vitamina D, podemos encontrar también a la vitamina D en alimentos que contienen aceite de bacalao (13, 15).

Entre otros hábitos nutricionales positivos tenemos el consumo de leche entera pasteurizada en una porción de una taza diaria, ofrece una cantidad de 300 mg de calcio elemental diario; el yogurt natural en la misma porción, ofrece una cantidad de 415 mg de calcio; el queso fresco en una cantidad de 28 gramos, ofrece 272 mg de calcio (23).

El consumo de frutos secos como la almendra, avellana, nuez, palta, higos secos, pasas, en una porción de 100 g ofrece una cantidad promedio de 75 a 105 mg de calcio elemental, las hortalizas como acelga, apio, berro, col, espinacas y perejil en una porción de 100 g ofrece una cantidad promedio de 25 a 55 mg de calcio elemental (13).

El consumo excesivo de café es un factor de riesgo en la aparición de Osteoporosis, especialmente en mujeres que consumen en cantidades mayores a tres tazas diarias de café, la cafeína tiene efecto transitorio sobre la calciuria de manera que la incrementa entre 1 y 3 horas luego de su ingestión, las mujeres pre menopáusicas que toman poca leche y consumen 2 o más tazas de café tienen una menor densidad mineral ósea (37).

Conocemos que el exceso de la ingesta de alcohol es otro factor de riesgo para la osteoporosis, el alcohol repercute negativamente en el hueso, una dosis de 60 g al día suficientes para deprimir la función osteoplastia, interfiere con el equilibrio del calcio, nutriente esencial para los huesos y aumenta la hormona paratiroidea, reduciendo la masa ósea (23).

Por otro lado, tenemos el sedentarismo, quienes se ejercitan regularmente son menos propensos a sufrir una fractura de cadera que aquellos que llevan un estilo de vida sedentario, las mujeres que permanecen sentadas más de nueve horas por día son 50% más propensas a sufrir una fractura de cadera, además la carga a la que se somete el hueso parece ser la determinante de que aquellas que permanecen sentadas menos de seis horas por día, la actividad física moderada favorece el fortalecimiento los huesos (18).

Continuando con los factores de riesgo tenemos los no modificables como la edad, el ritmo de pérdida de masa ósea se acelera en los primeros años de la pre menopausia, la menstruación se vuelve irregular y el nivel de estrógeno comienza a disminuir y causa la pérdida rápida de masa ósea en las mujeres (37).

Referente al sexo y raza como factores no modificables, estudios han demostrado que las mujeres presentan un mayor riesgo que los hombres, de padecer osteoporosis y experimentan el doble de fracturas, las mujeres tienen típicamente menos tejido óseo, la disminución de los niveles de estrógenos y la pre menopausia acelera la pérdida de masa ósea, en cuanto a la raza, la raza negra presenta mayor densidad ósea volumétrica, que la raza blanca, teniendo un riesgo mayor de padecer la enfermedad, por otro lado, las mujeres latinas consumen menos calcio que lo recomendado (9,23).

Entre otros factores no modificables, se encuentran los antecedentes familiares, la susceptibilidad a las fracturas puede ser en parte hereditaria, las personas cuyos padres tienen historial de fracturas a menudo presentan una masa ósea reducida y un mayor riesgo de fracturarse, por lo que existe la posibilidad de evitar la enfermedad actuando desde la infancia (25).

En cuanto al ciclo menstrual, es otro de los factores que influye en el metabolismo mineral óseo, donde se encuentran los estrógenos, la deficiencia de estrógenos y las alteraciones consiguientes en el ciclo menstrual, también se producen frecuentemente durante la adolescencia y pueden provocar osteoporosis en el futuro. La insuficiencia del eje hipotálamo-hipofisario-ovario, con las consiguientes alteraciones en el ciclo menstrual (oligoamenorrea) debido a la ausencia de estrógenos, también puede causar la disminución en la densidad mineral ósea (9,25).

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud con base en la medición de la masa ósea normal y la presencia de fractura es la siguiente: Densidad ósea normal de, -1 desviación estándar, masa ósea disminuida (osteopenia) entre -1.1 a -2.4, Osteoporosis severa - 2.5 o menor desviación estándar, en presencia fractura por fragilidad (24).

De acuerdo a las distintas etiologías, la osteoporosis se clasifica en: Osteoporosis Primaria a la vez esta se divide en Osteoporosis post menopáusica o tipo I, que tiene relación directa con la declinación de la función ovárica, produciendo una disminución en las concentraciones circulantes de estrógeno. El estrógeno es la principal hormona femenina que ayuda a regula el aporte de calcio a los huesos (38, 21).

Afectan a mujeres con edades comprendidas entre 50 y 75 años de edad y se caracteriza por una pérdida acelerada y desproporcionada de hueso trabecular (alta remodelación ósea). Las manifestaciones más frecuentes son fracturas de los cuerpos vertebrales y la porción distal del radio. Se observa disminución de la actividad de la hormona paratiroidea para compensar el aumento de la reabsorción ósea. Además hay disminución de la reabsorción intestinal del calcio déficit de la actividad de la vitamina D (11, 25).

La Osteoporosis senil o tipo II, obedece a procesos fisiológicos normales del envejecimiento que producen una fragilidad ósea con el consiguiente riesgo de fractura. Afectan a hombres y mujeres, es dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Las mujeres, con frecuencia, sufren ambas formas de osteoporosis, la senil y la post menopaúsica. La pérdida ósea ocurre en el hueso trabecular y en el cortical, pero de forma no acelerada. Las fracturas típicas de la osteoporosis tipo II ocurren en la cadera, pelvis, humero, tibia, y cuerpo vertebral (35, 36).

La Osteoporosis idiopática, es una forma rara de osteoporosis la palabra idiopática indica que la causa es desconocida. Esta forma de osteoporosis aparece en niños y en adultos jóvenes sin trastornos hormonales ni carencia de vitaminas, y sin ninguna razón clara para tener los huesos débiles (36, 21).

La Osteoporosis secundaria, es la que se relaciona con algunas enfermedades o la administración de algunos fármacos que son capaces de afectar la capacidad de mantener una adecuada mineralización del esqueleto. Entre los ejemplos típicos de las primeras son artritis reumatoide, hemofilia, síndrome Cushing, diabetes Mellitus, enfermedad inflamatoria intestinal, y fármacos (anticonvulsivantes, warfarina, glucocorticoides) (27).

La prevención de la osteoporosis se basa fundamentalmente en revertir los factores de riesgo que sean modificables se puede actuar fundamentalmente sobre los hábitos de vida, de los cuales los más importantes son; Hábitos dietéticos, elevando el consumo de fibra, reduciendo el aporte de grasas y aumentando los lácteos, siendo éstos los componentes principales en la dieta, en usuarios intolerantes a la lactosa y en el caso de las dietas vegetarianas, se extremarán los aportes. (8)

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del usuario, su estado psicológico, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (12, 38).

De acuerdo con Gómez y Sabeh, fue durante la década dentro de los años 50 comienzos de los años 60, cuando la expresión de calidad de vida apareció en los debates públicos en torno a la necesidad de medir objetivamente el medio ambiente y al deterioro de las condiciones de la vida urbana. Se inició entonces el desarrollo de los indicadores sociales, los cuales al perfeccionarse a mediados de los años 70 e inicio de los años 80, se diferenciaron del concepto de calidad de vida (32).

Por otro lado Maiers, Vam Hooff y Balwin, indica que la calidad de vida está asociada a la sensación de bienestar en general que siente la persona respecto a su salud, la persona que no se encuentra físicamente bien repercute en las otras dimensiones, es decir en lo afectivo, psicológico y social (27,32).

Dentro de las características de calidad de vida tenemos el concepto subjetivo, es decir cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y la felicidad; las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas, tomado como un concepto holístico que incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones, según explica el modelo biopsicosocial, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos (38).

Por otro lado tenemos calidad de interdependencia, los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente, repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales. La calidad de vida tiene su máxima expresión en la salud (27).

La calidad de vida abarca tres dimensiones; dimensión física, es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento, no hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad (38, 27).

Dentro de la dimensión física se encuentra el dolor y malestar; se exploran las sensaciones físicas desagradables experimentadas por una persona y en qué medida son penosas y constituyen trabas para su vida, se refieren a la capacidad de la persona para controlar el dolor y la facilidad con que se puede lograr el alivio del dolor, se supone que cuanto más fácil resulte aliviar el dolor, menores serán el temor que inspira y su efecto resultante en la calidad de vida (39).

Se reconoce que las personas reaccionan de diferentes formas ante el dolor y es probable que las diferencias en tolerancia y aceptación del dolor influyan en los efectos de éste en su calidad de vida, se incluyen sensaciones físicas desagradables como rigidez, achaques, dolor de corta o larga duración o comezones (28).

Por otro lado, dentro de la dimensión física tenemos la energía y fatiga, se explora la energía, el entusiasmo y la resistencia que tiene una persona para realizar las tareas necesarias en la vida cotidiana, además de otras actividades elegidas, como las recreativas, puede abarcar desde cansancio incapacitante hasta niveles adecuados de energía y sensación real de estar vivo, el cansancio puede ser consecuencia de varias causas: por ejemplo, enfermedad, problemas como la depresión o esfuerzos excesivos, las consecuencias de la fatiga en las relaciones sociales, la dependencia cada vez mayor de otros a causa de la fatiga crónica (28).

El sueño y descanso forman parte de la dimensión física, los problemas afecta la calidad del sueño y descanso de una persona, algunos de los problemas del sueño serían los siguientes: dificultad para conciliar el sueño, despertarse durante la noche, despertarse demasiado temprano por la mañana sin poder volver a conciliar el sueño y sueño no reparador, esta faceta se centra en si resulta o no perturbado el sueño; puede deberse a cualquier razón, relacionada con la persona o con el medio (28).

La dimensión psicológica de cada ser humano, se refiere a la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento (34).

En esta dimensión incluye a las sensaciones positivas, se examina hasta qué punto una persona experimenta sensaciones positivas de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida, se considera parte importante de esta faceta la opinión y las ideas de una persona sobre el futuro (34).

La dimensión psicológica involucra otros aspectos como los pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración; se explora la opinión de una persona sobre su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para adoptar decisiones, comprende también la rapidez y la claridad de pensamiento (34, 3).

Con respecto al autoestima, es el concepto que una persona tiene de su cuerpo, de forma positiva o negativa, se centra en la satisfacción de la persona con su aspecto y su efecto en el concepto que tiene de sí misma, incluida la cuestión de hasta qué punto se pueden corregir defectos corporales reales o «percibidos» (3).

El aspecto de la autoestima en relación con la propia eficacia, la satisfacción consigo misma y el control, para algunas personas la autoestima depende en gran medida de cómo funcionan, ya sea en el trabajo o en el hogar, o cómo las ven y las tratan los demás, en algunas culturas la autoestima depende de la estima dentro de la familia más que de la estima individual (3).

Por otro lado, en la dimensión psicológica tenemos los sentimientos negativos cada persona experimenta sentimientos negativos, incluidos abatimiento, culpa, tristeza, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida, resultan angustiosos y sus efectos en el funcionamiento diario de la persona y pueden generar dificultades psicológicas muy discapacitantes, como depresión grave, psicomanía o ataques de pánico (28).

La dimensión social, se refiere a la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación enfermera-paciente, el desempeño laboral; en esta dimensión se examina hasta qué punto las personas sienten la compañía, el amor y el apoyo que desean de las personas próximas en su vida, incluyen el grado en que las personas piensan que pueden compartir momentos de felicidad y de aflicción con sus seres queridos y la sensación de amar y ser amado (39).

Es importante el apoyo social es decir se examina hasta qué punto siente una persona el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica por parte de su familia y sus amigos quienes comparten responsabilidades y trabajan en común para resolver los problemas personales y familiares, en particular podría depender de su apoyo en caso de crisis (32).

Tienen también importancia la actividad sexual se refiere al impulso y el deseo sexuales de una persona y al grado en que la persona puede expresar y gozar su deseo sexual apropiadamente, para muchas personas, la actividad sexual y las relaciones de intimidad con otras personas están vinculadas entre sí (28,3).

A lo largo de la vida, toda mujer va experimentando diversos cambios tanto biológicos, físicos y psicológicos dentro y fuera de su organismo, como la menstruación, embarazo, parto, y finalmente el periodo del climaterio, proceso por el cual la mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo, comprendiendo así tres etapas: pre menopausia, menopausia, postmenopausia el cual va a generar durante estos periodos diferentes signos y síntomas a desarrollar (4).

El climaterio es la etapa de la vida de la mujer cuando se produce el tránsito de la vida reproductiva a la no reproductiva, cuando ocurren cambios hormonales por pérdida gradual y progresiva de la función ovárica, lo que trae, por consiguiente, manifestaciones clínicas denominadas "síndrome climatérico" y aparecen síntomas y signos debidos a este déficit en el aparato genital, cardiovascular y osteomioarticular, del sistema nervioso central, que interactúan con los procesos socioculturales (36).

La pre menopausia, es la etapa en la cual los ovarios comienzan a producir menos cantidad de estrógenos, pero sin llegar a la menopausia total. Es decir, es una etapa en la que se produce un enlentecimiento progresivo de la actividad de los órganos reproductores femeninos, de manera que durante este período comienzan ya a aparecer los distintos síntomas hormonales, clínicos y biológicos que anuncian la llegada de la menopausia (23).

La pre menopausia varía mucho, porque si bien la menopausia normalmente tiene lugar entre los 45 y los 55 años, aunque la mayoría de las mujeres la experimente alrededor de los 51 años, la pre menopausia puede comenzar incluso desde los 35 años de edad y puede durar unos cuantos meses o varios años”, por lo que sitúa la pre menopausia entre 35 a 45 años; siendo la etapa idónea para identificar los factores de riesgos de osteoporosis, problema de salud que se acentúa con la llegada de la menopausia, y pueda padecer de osteoporosis (23).

Se considera etapa pre menopausia a la mujer que cursa la edad de 35-45 años y debe entenderse como la etapa anterior a la menopausia, usualmente caracterizada por presencia de ciclos menstruales irregulares y el inicio de los molestos síntomas vasomotores (sofocos, sudoraciones, insomnio) (4).

Los síntomas de la pre menopausia suelen ser variables, se pueden ver irregularidades menstruales en "ciclos largos" (mayores de 35 días), con episodios ocasionales (mayores de 90 días) de amenorreas (ausencia de menstruación). La cantidad de sangrado menstrual se altera con mayor tendencia a las metrorragias (aumentando) (4).

El principal fundamento conceptual en la presente investigación se basa en la teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender, este modelo se centra en la educación que se le debe brindar a la persona sobre cómo cuidarse y llevar en estilo de vida saludable, con el fin de integrar tanto a la persona como a la enfermera a conductas que influyen en el bienestar integral de la mujer, siendo la enfermera la principal motivadora, en que estas conductas sean encaminadas a resultados óptimos, modelo que consideramos básico en el propósito de nuestro estudio (30).

Este modelo está encaminado a la observación e identificación de aspectos cognitivos - perceptuales que influyan en la posición de la persona frente a su salud, por lo tanto Pender plantea la importancia de promover un estado óptimo de salud por encima de acciones preventivas en salud, toma al individuo desde una perspectiva comprensiva y humanística, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida (2).

Basa su teoría en los meta paradigmas, de la promoción de la salud, que bien pueden aplicarse a la presente investigación; donde la salud, busca la participación de conductas favorecedoras de la misma, mediante la identificación factores cognitivo – perceptuales que son modificados por características situacionales, personales e interpersonales; con la finalidad de evitar la prevalencia de osteoporosis. En cuanto a la persona, es el centro de la teorista, es un ser integral, capaz de tomar decisiones con respecto a su salud y su vida; que está influenciada por sus experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo la cual es aprendida y transmitida (24, 14).

Asimismo tenemos, el Cuidado de enfermería; se refiere al óptimo desempeño de la enfermera a realizar las cosas con sencillez, humildad y agrado, trabajo en equipo y la capacidad de liderazgo frente al grupo. La enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. Por último, el entorno, visto como el escenario donde las personas interactúan teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo (24, 30).

Así mismo la presencia de barreras personales, interpersonales o ambientales, la promoción de la salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social (15).

Desde el punto de vista, el profesional de enfermería forma parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida. La promoción de la salud, requiere no solo que la enfermera cuente con conocimiento científico y clínico, sino que sea una agente motivador y de cambio, para poder reconfigurar las pautas interactivas de la persona, siendo el entorno esencial para el cambio de conducta.

Cossette S. y Navarro D. 2012. Cuba. Factores de riesgo modificable o no, relacionados con la densidad mineral ósea en mujeres de edad mediana, es una investigación de tipo descriptivo correlacional. Los resultados obtenidos fueron; en factor color de piel, el 59.7 % son de color blanca, 20.8% son de color negra, y 9.4 son mestiza. Respecto a antecedentes familiares, el 16.7 % tienen antecedentes, el 82.3 no tienen antecedentes. Y en la función ovárica: 30% son eumenorreicas, el 42.9 % son peri menopaúsicas, y el 27.1% son post menopaúsicas (10).

Zuta M. 2015. Lima, Factores de riesgo de osteoporosis y el nivel de instrucción en un grupo mujeres adultas, estudio de tipo descriptivo transversal. Los resultados fueron: las mujeres de nivel de instrucción superior técnico, el 100 % tuvieron riesgo por bajo consumo de alimentos fuentes de calcio; el 58.7% presentaban riesgo por bajo consumo de proteínas. Respecto a las mujeres de nivel de instrucción secundario completo; el 74% de las mujeres estaban en riesgo respecto síntesis de vitamina D. Las mujeres de nivel primario, el 15% tuvieron riesgo de actividad física. Las mujeres de nivel secundario incompleto, el 58% presentaron riesgo según IMC (40).

Rondo Y. 2013. Trujillo. Conocimiento sobre climaterio y calidad de vida en la menopausia, estudio de tipo descriptivo correlacional de corte transversal. Los resultados obtenidos fueron que, el nivel de conocimiento sobre climaterio es medio en un 56 %, bajo en un 26 % y alto en un 18 %; respecto a la calidad de vida en la menopausia presentó deterioro leve en el área vasomotora en un 69 %; deterioro moderado en el área física en un 45 %; y deterioro severo en el área sexual en un 22 % (33).

La osteoporosis tiene graves repercusiones sobre la salud de la mujer y es una de las causas más importantes de morbimortalidad femenina en la actualidad de carácter invalidante. Uno de los mayores avances en la medicina actual ha sido el reconocimiento de la osteoporosis como una verdadera epidemia, a pesar de su curso, por lo general asintomático hasta estados avanzados, así como la grave repercusión que tiene sobre la salud de la mujer pre menopaúsica.

El impacto socioeconómico que genera la osteoporosis es realmente importante, desde la prevención de las fracturas, el tratamiento de las mismas, las repercusiones posteriores de las fracturas, además de pérdida de la productividad y la mortalidad, hacen que la enfermedad sea una de las que tiene más impacto sobre el presupuesto global sanitario del siglo XXI.

Por otra parte, la calidad de vida de la mujer que ha sufrido una fractura osteoporótica se ve afectada ya que este hecho por si solo constituye el mayor factor de riesgo para sufrir una nueva fractura; por consiguiente, mejorar su calidad de vida requiere una acción coordinada entre el equipo de profesionales de salud, las instituciones gubernamentales, los medios públicos y la población peruana para mejorar el pronóstico de la osteoporosis. El diagnóstico temprano de la osteoporosis debe ser una prioridad, en especial en las zonas urbano-rurales.

Consecuentemente la osteoporosis requiere de acciones para prevenirla, necesitamos actuar sobre los factores de riesgo que la provocan; los profesionales de la salud particularmente las enfermeras deben crear e implementar programas educativos y/o estrategias de salud enfocados a la promoción y prevención de la osteoporosis, mediante la identificación precoz de los factores de riesgo que hacen vulnerable a la mujer, para así realizar las intervenciones necesarias para prevención de la misma y sus consecuencias, pues las medidas sociales y políticas son aún insuficientes para abordar la prevención de este grave problema socio-sanitario.

Frente a todo lo antes mencionado se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Existe relación entre los Factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas en Hospital Walter Cruz Vilca, Trujillo-2017?

OBJETIVOS

Objetivo General.

- Determinar la relación entre los factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas del Hospital Walter Cruz Vilca, Trujillo-2017.

Objetivos Específicos.

- Identificar los factores de riesgo de osteoporosis no modificables y modificables en mujeres pre menopaúsicas del Hospital Walter Cruz Vilca, Trujillo-2017.
- Identificar calidad de vida: dimensión física, dimensión psicológica y dimensión social en mujeres pre menopaúsicas del Hospital Walter Cruz Vilca, Trujillo-2017.

HIPÓTESIS

- H1: Los factores de riesgo de osteoporosis no modificables y modificables se relacionan significativamente con la calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas del Hospital Walter Cruz Vilca, Trujillo-2017.
- H0: Los factores de riesgo de osteoporosis no modificables y modificables no se relacionan significativamente con la calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas del Hospital Walter Cruz Vilca, Trujillo-2017.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. MATERIAL

2.1.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por un total de 250 mujeres, que acuden mensualmente al Hospital Walter Cruz Vilca de Alto Moche.

2.1.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 145 mujeres pre menopáusicas que acudieron al Hospital Walter Cruz Vilca de Alto Moche, y cumplieron con los criterios de inclusión. (ANEXO N°7)

2.1.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ✓ Mujeres que acudieron a solicitar atención en los diferentes consultorios externos en el Hospital Walter Cruz Vilca de Alto Moche.
- ✓ Mujeres que se encontró dentro de las edades de 35 a 45 años

2.1.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ✓ Mujeres con patologías ginecológicas.
- ✓ Mujeres pre menopáusicas que no aceptaron voluntariamente desarrollar la encuesta referida a la investigación

2.1.5. UNIDAD DE ANALISIS

Cada mujer que reúna los criterios de inclusión y que acude al Hospital Walter Cruz Vilca de Alto Moche.

2.2. METODO

2.2.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional, tuvo como propósito medir la relación entre los variables factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas. Es de corte transversal porque recolecta los datos en un solo momento, en un tiempo único y se esquematiza de la siguiente manera.

M: X_1 ——— X_2

M: Mujeres pre menopaúsicas

X_1 : Factores de riesgo de osteoporosis

X_2 : Calidad de vida

2.2.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

X1: Factores de riesgo de osteoporosis

Definición Conceptual.

Circunstancia o situación modificable y no modificable que contribuye de manera sustancial la probabilidad de contraer osteoporosis en mujeres pre menopaúsicas. (16)

Definición Operacional:

Esta variable se operacionalizó de la siguiente manera.

Factores de Riesgo no modificables.

Alto: 5 – 6 puntos

Bajo: 3 - 4 puntos

Factores de Riesgo modificables.

Alto: 9 – 12 puntos

Bajo: 6 – 8 puntos

X2: Calidad de vida.

- Definición Conceptual:

Es el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida. (28)

- Definición Operacional:

Los niveles de calidad de vida dentro de cada dimensión serán:

❖ Dimensión Física:

Buena: 5 - 6 puntos

Mala: 3 – 4 puntos

❖ Dimensión Psicológica:

Buena: 6 - 8 puntos

Mala: 4 – 5 puntos

❖ Dimensión Social:

Buena: 8 – 10 puntos

Mala: 5 – 7 puntos

2.2.3. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS, INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Para realizar el presente proyecto de investigación se solicitó el permiso mediante un oficio dirigido a la directora del Hospital Walter Cruz Vilca, con la finalidad de tener las facilidades para aplicar el instrumento.

Obtenido el permiso se coordinó con la enfermera jefe del mismo hospital a fin de hacer de su conocimiento para una presentación formal del proyecto de investigación, y así captar e identificar a las personas, que asistan a solicitar atención en el establecimiento de salud, tomando en cuenta los criterios de inclusión señalados en el estudio.

Previa presentación de las investigadoras así como la orientación respecto a los objetivos e importancia del estudio y sus implicancias para el cuidado de su salud se procedió a solicitar su firma voluntariamente el consentimiento, luego se aplicó los instrumentos haciendo uso de 30 minutos (ANEXO N°3).

El primer instrumento fue identificar los factores de riesgo de osteoporosis, elaborado por Romero De La Cruz Connie Leticia en el año 2015 y modificado por las autoras de la presente investigación, este instrumento incluye datos sobre los factores de riesgo no modificables, consta de 3 ítems puntuales, donde a= 2 puntos, b= 1 puntos y c= 1

punto, obteniendo una puntuación mínima es de 3 puntos, y la puntuación máxima es de 6 puntos. En los factores no modificables, consta de 6 ítems puntuales, donde a= 2 puntos, b= 1 puntos y c= 1 punto, obteniendo una puntuación mínima de 6 puntos y la puntuación máxima es de 12 puntos (ANEXO N°1).

El segundo instrumento fue identificar la calidad de vida de las mujeres en etapa pre menopáusica, elaborada por Romero De La Cruz Connie Leticia en el 2015 y modificada por las autoras de esta investigación; este instrumento considera el estilo de vida de cada mujer pre menopáusica. La dimensión física, consta de 3 ítems puntuales, donde a= 2 puntos, b= 1 puntos y c= 1 punto, obteniendo una puntuación mínima es de 3 puntos, y la puntuación máxima es de 6 puntos. La dimensión psicológica consta de 4 ítems puntuales, donde a= 2 puntos, b= 1 puntos y c= 1 punto, obteniendo una puntuación mínima es de 4 puntos, y la puntuación máxima es de 8 puntos. La dimensión social consta de 5 ítems puntuales, donde a= 2 puntos, b= 1 puntos y c= 1 punto, obteniendo una puntuación mínima es de 5 puntos, y la puntuación máxima es de 10 puntos (ANEXO N°2).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La validez de los instrumentos se obtuvo a través del juicio de expertos y la primera nos permitió obtener la opinión profesional de los especialistas en el tema a investigar, se contó con el apoyo de 3 Licenciadas en Enfermería expertas en el área: (ANEXO N° 4).

Se realizó una prueba piloto a 15 mujeres en etapa pre menopáusica que asistieron a consultorios externos del Hospital de Especialidades Básicas la Noria y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Esto se realizó con la finalidad de encontrar la confiabilidad del primer cuestionario sobre factores de riesgo de osteoporosis y el segundo cuestionario: calidad de vida en mujeres pre menopáusicas, ambos modificado por las autoras.

La confiabilidad de los instrumentos fue a través de la prueba estadística Alpha de Cronbach. Para el cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis se tiene un 0.814, y para el instrumento calidad de vida en mujeres pre menopáusica se tiene un 0.751, lo cual confirma la confiabilidad del instrumento. (ANEXO 5 y 6).

2.2.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS.

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo en anonimato de las mujeres pre menopáusicas, a quienes se les explico los objetivos de estudio, respetando su derecho a de asistir de la misma si el caso lo amerita. Así mismo se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes haciendo uso de los principios éticos que en toda investigación se deben tener en cuenta anonimato y confidencialidad, para ello se cuidó de no solicitar los nombres y apellidos durante el llenado de los instrumentos, lo que favoreció el respeto a la privacidad de las participantes. Para el recojo de la información se proporcionó un ambiente de privacidad en el mismo recinto del Hospital Walter Cruz Vilca.

2.2.5. MÉTODO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la investigación, se construyó una base de datos en Excel 2010, para plasmar el resultado del registro de la información de los dos instrumentos.

Luego se pasó a construir distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, concernientes a identificar los factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas. Asimismo se construyó las respectivas gráficas de barras para confrontar con los estudios realizados mencionados en los antecedentes.

Se construyó tablas de entrada (bidimensional) considerando las variables en estudio y se aplicó la tabla de contingencia para determinar la relación entre los factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida, y también se aplicó la prueba de Chi cuadrado (χ^2); utilizando el Software estadístico SPSS versión 23.0, la decisión estadística de relación se tomó en cuenta el valor de $p < 0.05$ al 95 % de confianza.

III.

RESULTADOS

TABLA N° 01

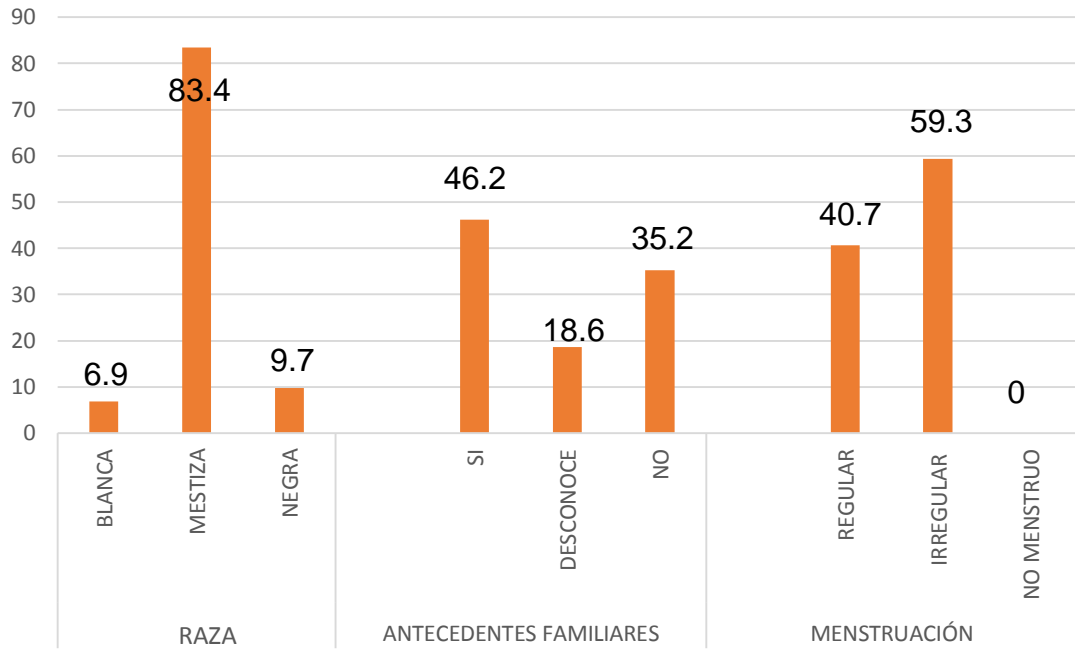
**FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES DE OSTEOPOROSIS EN
MUJERES PRE MENOPAUSICAS, HOSPITAL WALTER
CRUZ VILCA. TRUJILLO. 2017**

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES		N°	%
RAZA	BLANCA	10	6.9
	MESTIZA	121	83.4
	NEGRA	14	9.7
ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	67	46.2
	DESCONOCE	27	18.6
	NO	51	35.2
CICLO MENSTRUAL	REGULAR	59	40.7
	IRREGULAR	86	59.3
	NO	0	0.0
	MENSTRUO		

Fuente: Aplicación del instrumento N° 1

GRAFICO N 1

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS, HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA. TRUJILLO. 2017



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 2

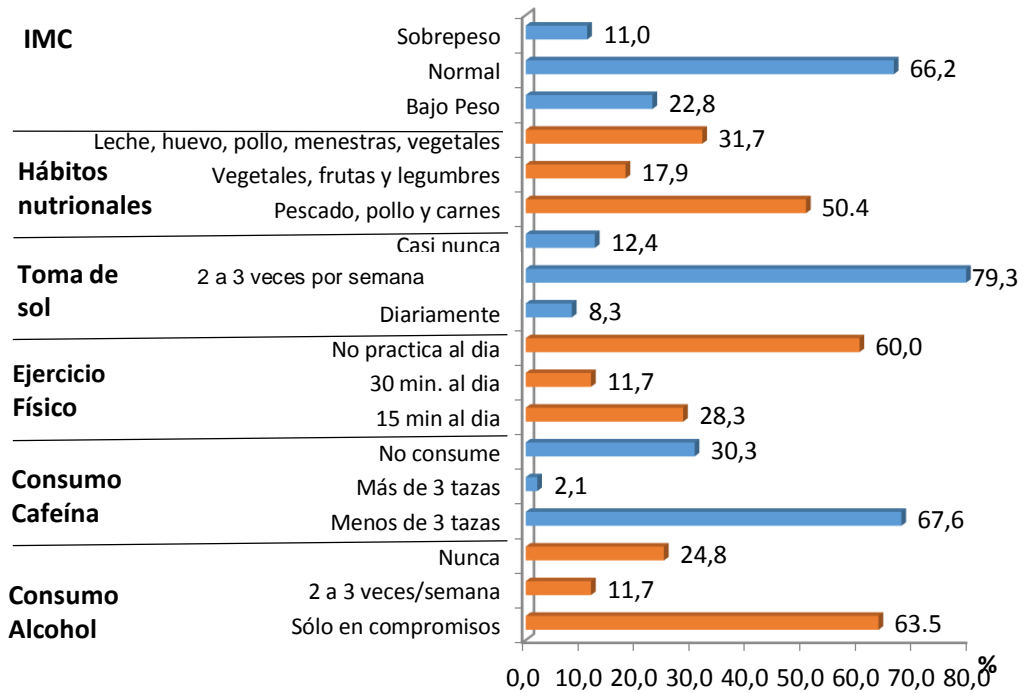
**FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE OSTEOPOROSIS EN
MUJERES PRE MENOPAUSICAS, HOSPITAL WALTER
CRUZ VILCA. TRUJILLO. 2017**

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES		N°	%
CONSUMO ALCOHOL	2 A 3 VECES/SEMANA	17	11.7
	SÓLO EN COMPROMISOS	92	63.5
	NUNCA	36	24.8
CONSUMO CAFEÍNA	MASDE 3 TAZAS	3	2.1
	MENOS DE 3 TAZAS	98	67.6
	NO CONSUME	44	30.3
EJERCICIO FÍSICO	NO PRACTICA AL DIA	87	60.0
	15 MIN. AL DIA	41	28.3
	30 MIN. AL DIA	17	11.7
TOMA DE SOL	CASI NUNCA	70	48.3
	2 A 3 VECES POR SEMANA	43	29.7
	DIARIAMENTE	12	22
HÁBITOS NUTRICIONALES	PESCADO, POLLO Y CARNES	73	50.4
	VEGETALES, FRUTAS Y LEGUMBRES	26	17.9
	LECHE, HUEVO, POLLO, MENESTRAS, VEGETALES	46	31.7
IMC	BAJO PESO	16	11.0
	NORMAL	96	66.2
	SOBREPESO	33	22.8

Fuente: Aplicación del instrumento N° 2

GRAFICO N° 2

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS, HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA. TRUJILLO. 2017



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 03

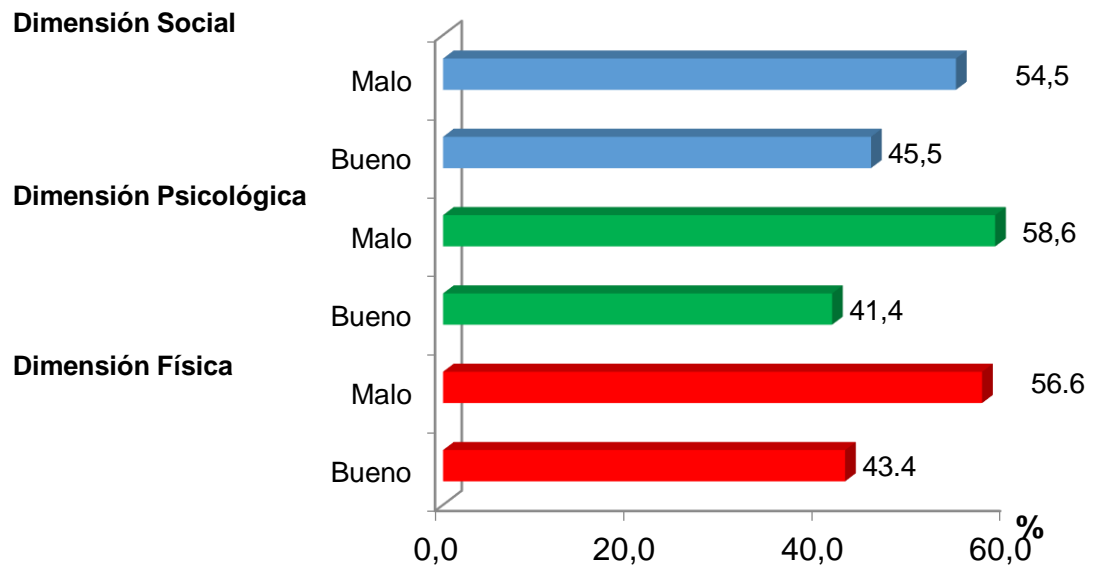
**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS. HOSPITAL
WALTER CRUZ VILCA. TRUJILLO. 2017**

CALIDAD DE VIDA	N°	%
DIMENSIÓN FÍSICA		
Bueno	62	42.8
Malo	83	57.2
DIMENSIÓN PSICOLÓGICA		
Bueno	60	41.4
Malo	85	58.6
DIMENSIÓN SOCIAL		
Bueno	63	43.4
Malo	82	56.6

FUENTE: Aplicación del instrumento N° 2

GRAFICO N° 03

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS. HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA. TRUJILLO. 2017



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N ° 04

RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LOS FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS. HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA. TRUJILLO. 2017

CALIDAD DE VIDA	FACTORES DE RIESGO				TOTAL
	Modificables		No Modificables		
	N°	%	N°	%	
DIMENSIÓN FÍSICA (X² = 41.172, P= 0.000)					
Bueno	52	67.5	10	14.7	62
Malo	25	32.5	58	85.3	83
TOTAL	77	100.0	68	100.0	145
DIMENSIÓN PSICOLÓGICA (X² = 29.732, P = 0.000)					
Bueno	48	62.3	12	17.6	60
Malo	29	37.7	56	82.4	85
TOTAL	77	100.0	68	100.0	145
DIMENSIÓN SOCIAL (X² = 2.738, P = 0.000)					
Bueno	50	64.9	13	19.1	63
Malo	27	35.1	55	80.9	82
TOTAL	77	100.0	68	100.0	145

Fuente: Correlación entre los resultados de instrumentos N° 1 y N° 2

IV. DISCUSIÓN

De acuerdo a los hallazgos encontrados en el presente estudio se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla N° 1; Se evidencia los factores de riesgo no modificables de osteoporosis, en el factor raza, el 83,4% se identificó como mestizas, el 9,7% de color negra y el 6,9% se consideró de raza blanca. El 46.2 % tiene antecedentes familiares de osteoporosis, el 35.2% no presenta y el 18,6% desconoce, en cuanto al factor ciclo menstrual el 40.7 % refiere ciclo regular, el 59.3% irregular.

Los resultados obtenidos difieren a los encontrados por Cossette S. y Navarro D. 2012. Cuba. Factores de riesgo modificable o no, relacionados con la densidad mineral ósea en mujeres de edad mediana. Los resultados obtenidos fueron: en factor color de piel; el 59.7 % son de color blanca, 20.8% son de color negra, y 9.4 son mestiza. Respecto a antecedentes familiares: el 16.7 % tienen antecedentes, el 82.3 no tienen antecedentes. Y en la función ovárica: 30% son eumenorreicas, el 42.9 % son peri menopaúsicas, y el 27.1% son post menopaúsicas (10). Resultados que difieren de los nuestros y que probablemente obedecen al factor étnico.

Un factor de riesgo de osteoporosis es aquella variable, estado o condición asociado con un mayor riesgo de padecer la enfermedad, y sobre todo, a sus consecuencias como la disminución de la movilidad, complicaciones asociadas a la hospitalización, producto de la fractura.

Los resultados encontrados, referente a antecedentes familiares de osteoporosis resaltan; que el 46.2 % de participantes presentan antecedentes familiares, se sabe que la susceptibilidad a las fracturas es una evidencia del factor hereditario, las personas cuyos padres tienen historial de fracturas a menudo presentan una masa ósea reducida y un mayor riesgo de fracturarse. La influencia de la carga genética parece evidente en lo referente al pico de masa ósea alcanzado en las primeras décadas de la vida. Es evidente un mayor número de mujeres con antecedentes familiares de osteoporosis en el estudio. (25)

En cuanto al ciclo menstrual, el 59.3% reportó como ciclo irregular; este factor influye en el metabolismo mineral óseo, La insuficiencia del eje hipotálamo-hipofisario-ovario, con las consiguientes alteraciones en el ciclo menstrual (oligoamenorrea) debido a la ausencia de estrógenos; quienes son los encargados de contrarrestar la acción de hormona paratiroidea, que promueve la resorción ósea, haciendo que el hueso sea frágil y poroso. (9,25)

Por lo tanto, los factores no modificables en mujeres pre menopaúsicas, influyen directamente en el desarrollo de la osteoporosis; es así que la enfermera debe captar al grupo en riesgo, en el primer nivel de atención promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de tal manera pueda disminuir la incidencia de osteoporosis.

Tabla N° 2; Los factores de riesgo modificables de osteoporosis, de las mujeres encuestadas, en el factor consumo de alcohol, el 11.7 % consumen de 2 a 3 veces por semana, el 63.5 % solo en compromisos, mientras que el 24.8% nunca ha consumido alcohol. En cuanto a consumo de cafeína, el 2.1 % consume más de 3 tazas al día, el 67.6% consume menos de 3 tazas, y el 30.3 % no consume. Respecto a ejercicio físico, el 60% no practica, el 28.3 % practica 15 minutos al día, y el 11.7 % practica 30 minutos al día. Referente a toma de sol: 48.3 % casi nunca, 29.7% de 2 a 3 veces por semana, y 22% toma sol diariamente. En cuanto a hábitos nutricionales, el 50.4 % consume pescado, pollo, y carnes rojas; el 17.9 consume vegetales, frutas y legumbres; y el 31.7 consume leche, huevos, pollo, menestras y vegetales. Las participantes alcanzaron un índice de masa corporal; correspondiente a bajo peso el 11.0 %, el 66.2 % están dentro del rango normal, y el 22.8 % tiene sobrepeso.

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados por Zuta M. 2015 Lima, Factores de riesgo de osteoporosis y el nivel de instrucción en un grupo mujeres adultas. Los resultados fueron: las mujeres de nivel de instrucción superior técnico, el 100 % tuvieron riesgo por bajo consumo de alimentos fuentes de calcio; el 58.7% presentaban riesgo por bajo consumo de proteínas. Respecto a las mujeres de nivel de instrucción secundario completo; el 74% de las mujeres estaban en riesgo respecto síntesis de vitamina D. Las mujeres de nivel primario, el 15% tuvieron riesgo de actividad física. Las mujeres de nivel secundario incompleto, el 58% presentaron riesgo según IMC (40).

Los factores modificables, han sido identificados como responsables de la regulación de la masa ósea de la mujer. Los hábitos negativos incrementan el ritmo de pérdida de la masa ósea con la pre menopausia, siendo algunos de ellos prevenibles, la mayoría de los factores de riesgo impactan directamente en la biología ósea y producen una disminución en la densidad mineral ósea, aumentando el riesgo de fracturas. (20)

Respecto al factor ejercicio físico, el 60 % de participantes refiere no practicar; se sabe que las mujeres que se ejercitan regularmente son menos propensas a sufrir una fractura. Gran parte de la formación de nuestros huesos es el resultado de la fuerza que realizamos, al realizar ejercicio físico se ejerce una fuerza de tensión, que es captada por

osteocitos, originando una respuesta para la adaptación correspondiente, de esta manera se fortalece el hueso (18)

En relación al factor toma de sol; un 48.3% casi nunca realiza esta actividad, mientras que el 12.4% de 2 a 3 veces por semana, y solo el 8.3% lo hace diariamente. Este resultado sea tal vez el reflejo de la falta de conocimiento sobre la importancia de la absorción de calcio, y que ésta se ejerce por presencia de la vitamina D que se obtiene a través de la exposición al sol diariamente, y tiene una relación directa con la densidad ósea. (13)

Respecto al factor hábitos nutricionales, encontramos que el 50.4 % incluye dentro de su dieta pescado, pollo y carnes rojas; el 17.9 % vegetales, frutas y legumbres y el 31.7 % leche, huevo, pollo, menestras y vegetales. Los buenos hábitos nutricionales desempeñan un papel fundamental en la adquisición de masa ósea a través del aporte directo de alimentos energéticos, vitaminas y minerales, uno de los principales minerales que interviene en el depósito de la masa ósea es el calcio. La ingesta de calcio en la dieta es necesaria para un metabolismo óseo normal, por lo que se recomienda una dieta balanceada, (de 1000 a 1200 g de calcio y de 800 UI de vitamina D) con los requerimientos que cubran las necesidades en cada etapa del ciclo vital. (31)

Es por ello la importancia de que la enfermera reconozca a tiempo aquellos factores de riesgo que vulneran la salud de la población en estudio, priorizando; el ejercicio físico, hábitos nutricionales y toma de sol, ya que según los resultados, son estos los factores de riesgo modificables más significativos.

En la tabla N° 3: Calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas. En la dimensión física, el 57.2% calificaron como mala calidad de vida y el 42.8% como buena; en la dimensión psicológica el 58.6% califico como mala calidad de vida y el 41.4% como buena. Y en la dimensión social, el 56.6% califica como mala y el 43.4% como buena calidad.

Los resultados obtenidos difieren con Rondo Y. 2013. Trujillo. Conocimiento sobre climaterio y calidad de vida en la menopausia. Los hallazgos muestran, el nivel de conocimiento sobre climaterio es medio en un 56 %, bajo en un 26 % y alto en un 18 %; respecto a la calidad de vida en la menopausia presentó deterioro leve en el área vasomotora en un 69 %; deterioro moderado en el área física en un 45 %; y deterioro severo en el área sexual en un 22 % (33)

Maiers, Vam Hooff y Balwin, citados por Reiner, indican que la calidad de vida está asociada a la sensación de bienestar en general que siente la persona respecto a su salud. Las dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos, psicológicos, y sociales (32, 38).

En los hallazgos obtenidos, muestran que las mujeres pre menopaúsicas, tienen mala calidad de vida en las tres dimensiones valoradas; puede deberse a la falta de conocimiento e interés de vivir con calidad, y tomen conciencia que el bienestar no es solo físicamente, esto involucra aspectos emocionales y relaciones interpersonales. Además del bajo recurso humano que labora, en comparación con la demanda de pacientes.

En la tabla N° 4; se evidencia la relación entre la calidad de vida y los factores de riesgo de osteoporosis en mujeres pre menopaúsicas. Hospital Walter Cruz Vilca. Trujillo. 2017. Se encontró que las mujeres que tienen factores de riesgo modificables, un 67.5 % califican con buena calidad de vida en la dimensión física, mientras que en la dimensión psicológica un 62. 3% califica con buena calidad de vida. En la dimensión social; un 64.9 % tiene buena calidad de vida.

Respecto a los factores de riesgo no modificables; el 85.3% califica con mala calidad de vida en la dimensión física, mientras que en la dimensión psicológica el 82.4 % presenta una mala calidad de vida. En la dimensión social el 80.9 % califica con mala calidad de vida.

Al respecto, no se han encontrado estudios de investigación que relacionen estas dos variables con las cuales se pueda comparar, por lo que se apoya en la teoría de Nola Pender, en su Modelo de Promoción de la Salud, propone integrar a la enfermería en el cuidado del comportamiento de las personas. Es preciso realizar sobre el paciente, la familia o la comunidad análisis reflexivos, que faciliten establecer medidas de educación sanitaria que mejoren la calidad de vida de las mujeres en la etapa pre menopaúsica.

Según el trabajo de investigación realizado, los resultados muestran que los factores de riesgo de osteoporosis, repercuten sobre la calidad de vida de la mujer pre menopaúsica, por lo que los miembros del equipo multidisciplinario, en especial el profesional de enfermería son fuente primordial de ayuda directa a la población en estudio.

Al someterse los datos a la prueba estadística de Independencia de Criterio Chi-Cuadrado de Pearson, se encuentran evidencias suficientes para rechazar la independencia de ambas variables, donde el valor de significancia es $p = 0.0$, lo que nos permite señalar que los factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en mujeres pre menopaúsicas. Hospital Walter Cruz Vilca, Alto Moche 2017.

V. CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo no modificables; el 46.2 % tiene antecedentes familiares de osteoporosis, el 59.3% su ciclo menstrual es irregular. En cuanto a factores modificables; el 60 % no practica ejercicio físico, el 48.3% casi nunca toma sol, y el 50.4% incluye en su dieta solo, pescado, pollo y carnes rojas.
2. El 57.2% tienen una mala calidad de vida en cuanto a la dimensión física y el 42.8% una buena calidad de vida, en la dimensión psicológica el 58.6% es mala y el 41.4% buena, en la dimensión social, el 56.6% califica como mala y el 43.4% como buena calidad.
3. Existe relación significativa entre los factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en las mujeres pre menopáusia valor $p < 0.05$.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Presentar los resultados obtenidos en el estudio a las autoridades correspondientes, del Hospital Walter Cruz Vilca de Alto Moche con la finalidad de sugerir la implementación de modelos educativos, dirigido a sensibilizar a la población en estudio, identificando los factores de riesgo que los hacen vulnerables a padecer de osteoporosis.
- 2.** Elaborar un sistema de evaluación del estado funcional, referente a su situación física, emocional y social, con la finalidad de medir constantemente la calidad de vida percibida por la mujer en etapa pre menopaúsica.
- 3.** Seguir realizando estudios de investigación sobre los factores de riesgo de osteoporosis y la calidad de vida en mujeres pre menopaúsica.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Álvarez J. Prevención de la osteoporosis. El costo de la desinformación del paciente. *Economía de la Salud* Nov-Dic 2002, 24-26.
2. Ann M. Modelos y Teorías de enfermería 6º Edición. España. Elseiver Mosby Escuela de Enfermería, Universidad de Carolina del Norte.
3. Ardila R. Psicología y calidad de vida. *Innovación y Ciencia* (Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia), 4 (3), 40-46.
4. Berek J. Ginecología de Novak. 13º Edición. Barcelona. Editorial Interamericana Megraw Hill.2004.
5. Blumel J. Danckers, L. Mayoría de mujeres de América latina empeora calidad de vida. *Revista Chilena La Nación*. [Citado el 12/06/17] [On Line] Disponible en URL: http://www.nacion.com/tecnologia/Mayoria-mujeres-America-Latinamenopausia_0_1008699157.html
6. Bocanegra B. Cruz R. Prevalencia de osteoporosis y osteopenia en mujeres tabasqueñas. *Salud en Tabasco*, vol. 12, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 505-513
7. Castillo J. Medico Endocrinólogo. La Osteoporosis, artículo médico. [Citado el 21/08/17] [On Line] Disponible en URL: <https://www.susmedicos.com/art-osteoporosis-huesos.htm>

8. Carbonel C. Guía de Buena Práctica Clínica en Osteoporosis. 2da Edición actualizada.
9. Contreras F. Osteoporosis. Factores de riesgo, prevención y tratamiento. Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica. Vol. 20 pp. 27-37
10. Cossette D. Navarro D. Factores de riesgo modificable o no relacionado con la densidad mineral ósea en mujeres de edad mediana. Rev. Cubana Endocrinología Vol.23 N°.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2012. [Citado el 03/009/17] [On Line] Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100004 URL:
11. De Mendoza H. Clasificación de la Osteoporosis. Factores de riesgo, clínica y diagnóstico diferencial. Anales del sistema sanitario de Navarra, Vol 26, Pamplona 2003.
12. Enciclopedia Contributors. Calidad de vida. [Citado el 2/09/17] [On Line] Disponible en http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida URL:
13. Garza P. Perinatología y Reproducción Humana 2015. Calcio y vitamina D en la Paciente Climatérica. Pag.29,83-87.

14. Giraldo O. Toro, R. La Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables vol. 15, núm. 1, junio, 2010, pp. 128-143.
15. Gonzales H. Prevención de la osteoporosis. Aspectos nutricionales. Coordinación del servicio de pediatría del Hospital universitario Virgen Macaren, 2002, pp. 2, 3, 4 y Sevilla.
16. Gonzales L. Vásquez G, Y Molina. Epidemiología de la Osteoporosis. Revista Colombiana de Reumatología. Colombia marzo, 2009. Vol 16 N°1. 22
17. Huerta E. Incidencia de Osteoporosis en el Perú. Radio Programa del Perú Noticias. [Citado el 12/07/17] [On Line] Disponible en URL: <http://vital.rpp.pe/salud/peru-registro-mas-de-16-mil-casosdeosteoporosis-en-el-2011-noticia-455896>
18. Kanis J. Riesgo a largo plazo de fractura osteoporótica en Malmo. Osteoporosis International, 2000; 11: 669 – 674
19. Kiosquea. Reconocer los síntomas de alerta de la osteoporosis España: salud. Kioskea.net; 2014. [Citado el 12/07/17] [On Line]. Disponible en URL: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
20. Krally E. Dawson H. Dieta, nutrición y técnica, Ginebra: 2003, Tomo 11 pp. 432, 436 y 441.
21. Lafita J. Pineda J. Osteoporosis Secundarias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. XXVI Supl. 3, pp. 53-62.

22. Lina A. Incidencia de osteoporosis y osteopenia en pacientes postmenopáusicas en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Calvo. Vol I. pp, 24-54.
23. Lugones B. Osteoporosis en la menopausia. Prevención y estrategias terapéuticas actuales. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología, Ciudad de la Habana Septiembre-Diciembre, vol. XXVII.
24. Marriner T. Raile A. Modelos y teorías en enfermería, 7a Edición, Madrid. España 2011. Capítulo 21.
25. Marsall D. Factores que influyen en la osteoporosis. Osteoporosis 5°Edic. Pag 34-38.
26. Ministerio de Salud del Perú. Prevención en Salud. [Citado el 15/05/17] [On Line]. Disponible en URL: http://www.minsa.gob.pe/portada/camp_osteoporosis.asp
27. Organización Médica Colegial España. Atención Primaria de Calidad. Guía de buena práctica clínica en Osteoporosis Post Menopáusica, Prevención de fracturas por fragilidad. España, 2011. Pag. 36-37.
28. Organización Mundial de Salud. Calidad general de la vida y la salud. Portal de información del departamento O.M.S de medicamentos esenciales y productos de salud, 2000. [Citado el 15/05/17] [On

Line]Disponible en URL:

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4930s/9.10.3.html>.

29. Organización mundial de la salud. Obesidad. Temas de Salud.[Citado el 01/07/17] [On Line]. Disponible en URL:
<http://www.who.int/topics/obesity/es/>

30. Pender N. Enfermería 2014. [Citado el 12/03/17] [On Line].
Disponible en URL:
<http://nataliaarv.blogspot.pe/2014/10/nolajpender.html>

31. Quesada G. Sosa, H. Nutrición y osteoporosis; Calcio y vitamina D.
Rev Osteoporos Metab Miner 2011 3;4:165-182.

32. Reinel C. Jiménez, Y. (1997). Calidad de vida percibida en una comunidad cooperativa venezolana. Revista Latinoamericana de Psicología. 29, 303-319.

33. Rondo Y. Conocimiento sobre climaterio y calidad de vida en la menopausia, El Porvenir, Trujillo 2013. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]

34. Serna A. Montse R. Recuperar la calidad de vida, objetivo del día mundial de la Menopausia E.F.E: Salud. [Citado el 12/08/17] [On Line] Disponible en URL: <http://www.efesalud.com/recuperarlacalidad-de-vida-objetivo-del-dia-mundial-de-la-menopausia>.
35. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Osteoporosis 2004. [Citado el 07/08/17] On Line Disponible en URL: [file:///C:/Users/USER/Downloads/guiaOsteoporosis%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/guiaOsteoporosis%20(1).pdf)
37. Sociedad Peruana de Climaterio. osteoporosis y climaterio Atención integral y especializada. Rev. Andina del Perú para el mundo. Instituto de Capacitación y Proyectos de Salud, 2017.
38. Taylor J. Piñera, A. Factores de riesgo de osteoporosis en el adulto mayor. Revista Cubana de Reumatología Volumen XI, Número 13 y 14, 2009.
39. Urzua A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. TerPsicol vol.30 no.1 Santiago abr. 2012.
40. Villero J. Análisis de la calidad de vida y la menopausia. Diario Córdoba. [Citado el 23/06/17] [On Line] Disponible en URL:

http://www.diariocordoba.com/noticias/cordobalocal/analizancalidad-vida-menopausia_101811.html.

41. Zuta M. Factores de riesgo de osteoporosis y el nivel de instrucción en un grupo mujeres adultas de Cercado de Lima 2015. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]

ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS

Elaborado por: Romero De La Cruz Connie Leticia, en el 2015

Modificada por las autoras:

Bach. Vaneza Anali, Rodríguez Moreno.

Bach. Maritza Isabel, Sáenz Narro.

I. Instrucciones para su aplicación: Estimada usuaria, a continuación se le formulará una serie de preguntas. Se le solicita responder con SINCERIDAD, la respuesta que considere correcta. La encuesta es totalmente ANÓNIMA.

¡MUCHAS GRACIAS!

FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS:

FACTORES NO MODIFICABLES

1. Raza:
 - a) Blanca
 - b) Mestiza
 - c) Negra

2. ¿Algún familiar sufrió de osteoporosis?
 - a) Si
 - b) Desconoce
 - c) No

3. Su menstruación es:
 - a) Irregular.
 - b) Regular.
 - c) No menstrua

Porque:

FACTOR MODIFICABLE:

4. ¿Con que frecuencia consume alcohol?
 - a) 2 a 3 veces por semana
 - b) Solo en compromisos familiares.
 - c) Nunca

5. ¿Cuántas tazas de café consume al día?
 - a) Más de 3 tazas
 - b) Menos de 3 tazas
 - c) No consume

6. ¿Cuánto tiempo al día dedica a realizar ejercicio físico?
- a) no practico
 - b) 15 minutos
 - c) 30 minutos
7. ¿Con que frecuencia toma sol?
- a) Casi nunca
 - b) 2 a 3 veces por semana
 - c) Diariamente
8. ¿Qué grupo de alimentos de la lista consume de manera frecuente?
- a) Pescado, pollo y carnes.
 - b) Vegetales, frutas y legumbres.
 - c) Leche, huevos, pollo, pescado, menestras, vegetales y frutas
9. Indique su IMC Talla.....
- Peso.....
- a) < 18,5
 - b) > 25
 - c) 18,5 - 24,9



ANEXO N°2

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS

Elaborado por: Romero De La Cruz Connie Leticia, en el 2015

Modificada por las autoras:

Bach. Vaneza Anali, Rodríguez Moreno.

Bach. Maritza Isabel, Sáenz Narro

I. Instrucciones para su aplicación: Estimada usuaria, a continuación se le formulará una serie de preguntas. Se le solicita responder con SINCERIDAD, la respuesta que considere correcta. La encuesta es totalmente ANÓNIMA

DIMENSIÓN: FISICA

1. Cuando usted siente algún tipo de dolor:

- a) Toma inmediatamente algún calmante y/o analgésico
- b) Solo cuando se hace el dolor intolerable acude al médico.
- c) Acude inmediatamente a un establecimiento de salud.

2. Cuando realiza tareas de la casa como tender su cama, barrer y/sacudir termina:

- a) Agotada
- b) Algo cansada
- c) Sin molestias

3. En las mañanas acostumbra:

- a) A Levantarse muy temprano antes de las 5 am
- b) Se levanta después de las 8:00 am
- c) A Levantarse temprano promediando 6:00 a 7:00 am

DIMENSIÓN: PSICOLÓGICA

1. Ante situaciones de la vida diaria, usted se molesta.

- a) Frecuentemente
- b) A veces
- c) Nunca.

2. ¿Evita conversar con las personas que le hacen sentir inferior, culpable o avergonzado?

- a) No converso
- b) A veces
- c) Converso

3. En su casa, usted :

- a) Siente que su presencia no altera el normal desenvolvimiento de la familia
- b) Que no le prestan atención, situación que le molesta
- c) Se siente muy estimada, querida y atendida

4. La figura que ve frente al espejo , cuando se viste y maquilla en la mañana:

- a) Le desagrada siempre
- b) Le gustaría vestirse y maquillarse diferente y/o mejor
- c) Le gusta siempre

DIMENSIÓN: SOCIAL

- 1. En la casa donde vive, le expresan su cariño:**
 - a) No hay expresión de ánimo y/o cariño hacia usted
 - b) Con una palmada o un gracias
 - c) Con abrazos, besos y palabras bonitas

- 2. Con sus amistades cercanas y familiares entrañables(como hermanos, amigos íntimos), usted demuestra afecto:**
 - a) No les demuestra su afecto
 - b) Con una palmada o un apretón de manos
 - c) Con abrazos, besos y palabras bonitas

- 3. Cuando usted tiene algún problema acude y le prestan ayuda**
 - a) No recurro a nadie.
 - b) Sus amigos y conocidos
 - c) Sus hijas y/o familiares más cercanos

- 4. Usted aún tiene actividad sexual:**
 - a) Rara vez
 - b) Nunca
 - c) Siempre

- 5. Usted cree que la actividad sexual, es importante a su edad**
 - a) No es importante
 - b) Algunas veces importa
 - c) Siempre es importante

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO..... después de haber recibido orientación acerca de la investigación a realizar por las Bachilleres en Enfermería VANEZA ANALY RODRIGUEZ MORENO Y MARITZA ISABEL SÁENZ NARRO; acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del proyecto de investigación titulado: FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PRE MENOPAUSICAS. HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE 2017. Entiendo que mi identidad se mantendrá en el anonimato y los datos que yo proporcione serán confidencialmente guardados y que no tendrán ninguna repercusión de mi persona, familia y que me será posible saber los resultados del proyecto de investigación, doy el consentimiento de colaboración para que así conste por mi propia voluntad firmado el presente documento.

Sáenz Narro Maritza

DNI. 47085226

Rodríguez Moreno Vaneza

DNI. 42214669

Usuaría

ANEXO N° 4

JUICIO DE EXPERTOS



JUICIO DE EXPERTOS DEL PROYECTO DE TESIS:

"FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
PREMENOPAUSICAS. HOSPITAL WALTER CRUZ VILCA, ALTO MOCHE 2017"

	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA	FIRMA
1.	Betty Castro	8/05/17	Dra. Betty Castro Rodríguez INFERMERA C.E.P. 11592
2.	Socorro Solorzano	03/05/17	[Firma]
3.	Lucía Melina Gaitán Carranza	7/6/17	[Firma] LIC. ENFERMERIA C.E.P. 31423
4.			
5.			

ANEXO N° 5

PRUEBA DE VALIDÉZ Y CONFIABILIDAD DE LA MUESTRA PILOTO PARA EL INSTRUMENTO QUE MIDE LOS FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PREMENOPAUSICAS

CODGO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
2	1	1	2	2	2	1	2	2	2
3	1	1	2	2	2	2	1	1	2
4	1	1	2	2	2	1	1	2	2
5	2	2	1	1	2	1	1	2	2
6	2	2	1	2	2	1	1	1	2
7	1	1	2	2	2	1	1	2	2
8	2	1	1	2	1	1	1	2	1
9	1	2	1	1	1	2	2	2	2
10	1	1	2	1	2	1	1	1	1
11	1	1	1	1	2	2	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	2
13	2	2	2	1	2	1	2	2	1
14	1	2	2	2	1	2	2	2	1
15	1	2	1	1	1	1	2	1	2

FUENTE PRUEBA PILOTO

Prueba de confiabilidad del instrumento que evalúa el cuestionario sobre los factores de riesgo de osteoporosis en mujeres premenopausicas "α" de cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum \int_i^2}{\int_t^2} \right]$$

Donde:

α = coeficiente de confiabilidad

k = numero ítems

\int_t^2 =varianza de cada ítems

\int_t^2 = varianza de total de ítems

Σ = sumatoria

Calculo de los datos:

K = 9

$\sum \int_i^2 = 5.9911$

$\int_t^2 = 23.0427$

Reemplazando:

$$\alpha = \frac{9}{9-1} \times \left[1 - \frac{5.9911}{23.0427} \right] = 0.814$$

Como: El análisis estadístico de Cronbach tiene un valor de 0.814 > 0.70 (valor mínimo de confiabilidad), por lo tanto, es altamente confiable la escala de medición del instrumento que mide los factores de riesgo de osteoporosis en las mujeres pre menopaúsicas.

ANEXO N° 6

PRUEBA DE VALIDÉZ Y CONFIABILIDAD DE LA MUESTRA PILOTO PARA EL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PREMENOPAUSICAS

CODIGO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2
2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1
3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1
4	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1
5	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2
6	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
7	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
8	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1
9	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2
10	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2
11	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1
12	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2
13	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2
14	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1
15	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2

FUENTE PRUEBA PILOTO

Prueba de confiabilidad del instrumento que evalúa el cuestionario sobre calidad de vida en mujeres pre menopáusicas “ α ” de Cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum \int_i^2}{\int_t^2} \right]$$

Donde:

α = coeficiente de confiabilidad
 k = número ítems

\int_t^2 = varianza de cada ítems

\int_t^2 = varianza de total de ítems

Σ = sumatoria

Calculo de los datos:

$K = 12$

$\sum \int_i^2 = 4.862$

$\int_t^2 = 15.58832$

Reemplazando:

$$\alpha = \frac{12}{12-1} \times \left[1 - \frac{4.862}{15.58832} \right] = 0.751$$

Como: El análisis estadístico de Cronbach tiene un valor de $0.751 > 0.70$ (valor mínimo de confiabilidad), por lo tanto, es altamente confiable la escala de medición del instrumento que mide la calidad de vida en las mujeres pre menopaúsicas.

ANEXO 7

CÁLCULO DE MUESTRA

El cálculo de la muestra se realizó de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 (pe \cdot qe)}{E^2}$$

Dónde:

n : Tamaño de la muestra

Z α : Coeficiente de confiabilidad

pe : Frecuencia de aparición de fenómeno

qe : 100 - pe

E: Error tolerado

N: Población muestral

Reemplazando valores:

Z α : 1.96 (para un nivel de precisión del 95%)

pe : 0.66 (para una frecuencia del factor estudiado 664%)

qe : 0.34

E : 5%

$$(1.96)^2 (0.66)(0.34)$$

$$N = \frac{\dots}{\dots}$$

$$(0.05)^2$$

$$n$$

$$nf = \frac{\dots}{\dots}$$

$$1+n/N$$

$$344.84$$

$$Nf = \frac{\dots}{\dots}$$

$$1+344.84/250$$

$$nf = 145$$