



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Título de la tesis:

**“CUIDADOS DE LOS FAMILIARES A PACIENTES ADULTOS
MAYORES CON OSTEOPOROSIS PADOMI HOSPITAL II
ESSALUD – HUÁNUCO 2015”.**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENDIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA: Evelyn Nataly Godoy Bustillos

ASESORA: Lic. Enf. Diana Karina Palma Lozano

HUÁNUCO, PERÚ

2015

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL PROYECTO

**“CUIDADOS DE LOS FAMILIARES A PACIENTES ADULTOS
MAYORES CON OSTEOPOROSIS PADOMI HOSPITAL II
ESSALUD – HUÁNUCO 2015”.**

INDICE

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN	7
CAPITULO I.....	9
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	12
1.2.1 PROBLEMA GENERAL:	12
1.3 OBJETIVOS.....	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL:	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	13
1.4 HIPOTESIS	14
1.4.1 HIPOTESIS DESCRIPTIVAS:	14
1.5 VARIABLES:	15
1.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	16
1.7 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.....	18
1.7.1 A nivel Teórico:	18
1.7.2 A nivel práctico:	18
1.7.3 A nivel metodológico:	19
CAPITULO II.....	20
MARCO TEORICO	20
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	20
2.1.1 INTERNACIONAL	20
2.1.2 NACIONAL.....	21
2.2 BASES TEORICAS.....	23
2.2.1 teoría de Dorotea Orem.....	23
2.3 BASES CONCEPTUALES	25
2.3.1 Aspectos generales del adulto mayor.....	25
2.3.2 La familia en el cuidado de la salud del adulto mayor	27
2.3.3 Osteoporosis	29
CAPITULO III.....	37
METODOLOGÍA	37

3.1. TIPO DE ESTUDIO	37
3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	37
3.3 POBLACION	38
3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION:.....	38
3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:	38
3.3.3 CRITERIOS DE REPOSICION:.....	39
3.3.4 UBICACIÓN DE LA POBLACION EN ESPACIO Y TIEMPO	39
3.4 MUESTRA Y MUESTREO	39
3.4.1. Unidad de Análisis.....	39
3.4.2 Unidad de Muestreo	39
3.4.3 Marco Muestral	39
3.4.4 Tamaño de la Muestra	39
3.4.5 Tipo de Muestreo.....	39
3.5 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	40
3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS	41
3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	43
3.8 ELABORACIÓN DE DATOS	43
3.9. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	44
3.10. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	45
CAPITULO IV	46
ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVO	46
DISCUSION	54
5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	63

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar por permitirme vivir este presente, a mis padres por su apoyo incondicional que siempre me brindan.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Lic. Diana Palma Lozano por brindarme su apoyo y orientación y a todos los Familiares que participaron en este estudio.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI Hospital II ESSALUD-HUANUCO 2015.

METODOS: Se llevó a cabo un estudio fue de tipo descriptivo-prospectivo-transversal; la muestra seleccionada fue a través del muestreo aleatorio simple, donde estuvo representada por 50 familiares de pacientes adultos mayores con osteoporosis; el instrumento para la recolección de datos utilizado fue un cuestionario con reactivos relacionados a los cuidados físicos, terapéuticos y nutricionales.

RESULTADOS: De tal manera se obtuvo los resultados de $p= 0,005$ con una probabilidad de proporción de los familiares según cuidados físicos, asimismo obteniendo la $p= 0,005$ observando que los cuidados terapéuticos que brindan los familiares a pacientes adultos mayores es siempre, que es más frecuente; por otro lado se obtuvo la $p= 0,005$ observando que los cuidados nutricionales que brindan los familiares es siempre, que es la más frecuente.

CONCLUSION: El 70% de familiares brindan siempre adecuado cuidados físicos en los pacientes adultos mayores, el 60% brindan siempre cuidados adecuados terapéuticos, y el 86% cuidados nutricionales adecuados.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de los Familiares, Pacientes Adultos Mayores con Osteoporosis.

ABSTRAC

OBJETIVE: To determine the care provided by relatives to elderly patients with osteoporosis PADOMI Hospital II Essalud- HUANUCO 2015.

METHODS: It was conducted a study was cross-prospective-descriptive; the sample was selected through random sampling, where he was represented by 50 families of elderly patients with osteoporosis; the instrument for data collection was a questionnaire with reagents related to the physical, therapeutic and nutritional care.

RESULTS: Thus the results of $p = 0.005$ was obtained with a probability of proportion of family as physical care, also obtaining $p = 0.005$ noting that therapeutic care provided by the family to elderly patients is provided, which is more frequent; on the other hand $p = 0.005$ was obtained by observing that nutritional care provided by the family is always, which is the most common.

CONCLUSIONS: 70% of family always provide adequate physical care in elderly patients, 60% always provide adequate therapeutic care, and 86% adequate nutritional care.

Keywords: Care of Families, Senior Adult Patients with Osteoporosis.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La vejes y la enfermedad no tiene por qué ir necesariamente unidas. La persona que se mantiene activa física y mentalmente y no se aísla del mundo que lo rodea, tiene buenas posibilidades de disfrutar con salud y felicidad del inevitable proceso de envejecimiento. Debido al aumento de la esperanza de vida el número de ancianos aumenta continuamente y pronto sobrepasara la proporción de todos los otros grupos de edad de la población total (1).

Las personas de edad avanzada a menudo sufren varias enfermedades simultáneamente, que en la mayoría de los casos influyen negativamente la una sobre otra, de forma en que ocasiones no se observa o es difícil de observar un curso normal de la enfermedad. Muchas personas mayores no presentan suficiente atención a los posibles síntomas patológico, de forma que muchas veces la ayuda médica se inicia demasiado tarde (2).

La osteoporosis, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una enfermedad caracterizada por la pérdida de la masa ósea y por el deterioro y del riesgo de la fractura. La osteoporosis del tejido óseo, que produce un aumento de su fragilidad y del riesgo de fractura. La osteoporosis es una enfermedad crónica de ocupa el quinto lugar del padecimiento en todo el mundo, de acuerdo a la OMS, menciona que es ocasionada como la frecuente de las osteoporosis y constituye un problema de primera magnitud

en todos los países desarrollados con un impacto que cada vez será mejor reconocido como “epidemia silenciosa” (3).

La osteoporosis afecta a 20 millones de personas en Estados Unidos y está relacionada con 13 millones de fracturas, con un costo anual aproximado de 118 billones de dólares. En España existen más de 2,5 millones de pacientes con osteoporosis y en Europa 75 millones de personas la padece; se calcula que aproximadamente 200 millones la padecen en todo el mundo, afectando al 40% de las mujeres y al 12% de los hombres (4).

En el Perú y sus regiones se observa que el 7% de personas, son mayores de 60 años, de esta forma, las mujeres representan el 50,2% a partir de los 45 años, aumentando en los siguientes grupos de edad hasta llegar al 58,4% a los 80 y más años de edad (5).

Rosario Fobias GZ. Martinez Domínguez M. manifiesta que una mujer de 50 años presenta la posibilidad de sufrir una fractura de cadera el 15,6%, de antebrazo el 15% y el riesgo de una fractura vertebral se eleva hasta el 32%. El riesgo de fractura de fémur aumenta con la edad del hombre aunque permanece constante en la mujer, mientras que la fractura de antebrazo disminuye con la edad, por otro lado no varía el vertebral. Todas las fracturas presentan una elevada morbilidad y una mortalidad no despreciable que se eleva a un 20% en la cadera (6).

La osteoporosis es considerada como la enfermedad silenciosa del siglo XXI, ya que es un problema de salud pública que afecta a millones de personas adultos mayores en todo el mundo (7).

Del mismo modo refiere Aguilar (8), que la osteoporosis es una enfermedad silente, un problema de salud pública, se asocia con una mayor morbi-mortalidad y altos costos económicos en la atención de fracturas y discapacidad que producen.

El proceso de la enfermedad afecta no solo a la persona adulto mayor enferma con osteoporosis, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares. Entendemos como cuidador familiar hospitalario, aquella persona que unida por vínculos de parentesco directo, asume la responsabilidad de atender las necesidades de la persona con osteoporosis. Se define participación familiar a uno o varios miembros de la unidad familiar que se involucran de forma voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable del paciente, con la finalidad de maximizar los posibles efectos beneficiosos derivados de la intención directa entre seres queridos, sustentándose en el establecimiento de comunicación terapéutica y relación de ayuda (9).

En vista de que la osteoporosis, es un problema de salud pública, el objetivo primario es prevenir la primera fractura y preservar la integridad ósea aumentando la masa ósea y mejorando la calidad de hueso. Para cual es necesario los cuidados que impartirá el profesional de la salud.

Asimismo las responsabilidades de cuidado en los hogares involucra a varios miembro, que deben tener los conocimientos básicos de los cuidados, en este sentido, se establecen bases reciprocas de ayuda mutua entre cuidador y la persona de edad (10).

En cuanto al programa de atención domiciliaria (PADOMI) que brinda EsSalud, está dirigido a personas dependientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, que son aquellas que no pueden valerse por sí mismas y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos, entre otros. Donde la familia cumple un rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente. Del mismo modo la población de Atención Domiciliaria está conformada por personas adultas mayores de más de 60 años, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales donde Atención Domiciliaria le brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a las enfermedades preexistentes(11).

Dado la problemática es necesario prestar atención especial a las necesidades del adulto mayor con osteoporosis, mediante los cuidados familiares para conseguir cada vez una mayor autonomía y responsabilidad respecto al cuidado de su salud.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Frente a lo expuesto anteriormente nos planeamos a realizar el siguiente estudio:

1.2.1 PROBLEMA GENERAL:

¿Cuáles son los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis – PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015?

¿Qué cuidados físicos brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis – PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015?

¿Cuáles son los cuidados terapéuticos que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis – PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015?

¿Cuáles son los cuidados nutricionales que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis - PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir los cuidados físicos que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis en estudio.
- Reconocer los cuidados terapéuticos que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis en estudio.
- Identificar los cuidados nutricionales que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis en estudio.

1.4 HIPOTESIS

Por ser un estudio descriptivo solo se cuenta con hipótesis descriptivas alternas

1.4.1 HIPOTESIS DESCRIPTIVAS:

Ho1: Los cuidados físicos que brindan los familiares es inadecuada en pacientes adulto mayor con osteoporosis - PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ha1: Los cuidados físicos que brindan los familiares es adecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis - PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ho2: Los cuidados terapéuticos que brindan los familiares es inadecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis - PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ha2: Los cuidados terapéuticos que brindan los familiares es adecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis - PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ho3: Los cuidados nutricionales que brindan los familiares es inadecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis - PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ha3: Los cuidados nutricionales que brindan los familiares es adecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis - PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ha₁: Existe diferencia entre los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis, según la edad del familiar
PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ha₂: Existe diferencia entre los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis, según género del familiar
PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ha₂: Existe diferencia entre los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis, según grado de instrucción del familiar
PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

Ha₂: Existe diferencia entre los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis, según estado civil del familiar
PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015.

1.5 VARIABLES:

Variable principal:

- Cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis.

Variable de caracterización:

- Edad
- Género

- Grado de instrucción

- Estado civil

1.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENCIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE PRINCIPAL: Cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis	• Cuidados físico	• Caminata • Trote • Juegos recreativos • Baile • Levantamiento de pesas • Ejercicio de equilibrio	Nominal
	• Cuidados terapéuticos	• Pomadas desinflamante • Tai chi • Hidroterapia • Baños de luz solar	Nominal
	• Cuidados nutricionales	• Alimentos a base de calcio (con contenido de calcio) • Alimentos a base de verduras • Alimentos a base de cereales • Alimentos a base de vitamina D (aceite de hígado de pescado) • Acción a la luz solar	Nominal

VARIABLE DE CARACTERIZACION DEL FAMILIAR:			
Edad	Única	En años	De razón
Género	Sexo	masculino femenino	Nominal
Grado de instrucción	Grado de instrucción	Primaria, Secundaria, Superior, Ninguno	Ordinal
Estado civil	Estado civil	soltero, casado Divorciado, viudo	Nominal

1.7 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

1.7.1 A nivel Teórico:

El tema sobre los cuidados que se brindan los familiares al adulto mayor con osteoporosis, es uno de los temas que se convierte en una de las prioridades para los familiares y profesionales de enfermería ya que es un enfoque que debe tener como guía, normas y valores que se emplea de manera inconsciente para tomar decisiones dirige la propia vida aunque rara vez por no decidir casi nunca se saca al exterior y se analiza o por lo menos se reconoce su existencia de los cuidados para la atención de paciente adulto mayor con osteoporosis. El profesional de enfermería, en su rol de educadora, debe ayudar al usuario a establecer medidas de autocuidado para prevenir o recuperarse de la osteoporosis (12).

Asimismo dentro de los objetivos estratégicos del PLANPAM 2013-2017, refiere como 4ta acción estratégica, el de fortalecer las capacidades de las/los cuidadora/es de personas adultas mayores (13).

1.7.2 A nivel práctico:

Según las normas de investigación de la escuela, en las líneas de investigación, mi estudio hace referencia al Área I, línea de investigación 1.3 que es Eficacia de las Intervenciones o Cuidados de Enfermería.

Los cuidados y atención al paciente adulto mayor con osteoporosis se sustenta en una visión estructural de los procesos salud-enfermedad, atención visión que adquiere sentido y significado en el espacio social familiar del proceso formativo, en las dimensiones contextuales, institucionales y pedagogo -didáctico de la práctica profesional en enfermería

y familiar en el servicio de PADOMI durante los cuidados que brinda al adulto mayor con osteoporosis pueden ser vistos de diferente manera por cada una de las disciplinas a partir de las interpretaciones de las experiencias de atención al paciente adulto mayor.

1.7.3 A nivel metodológico:

La investigación servirá para difundir los resultados e inculcar el sentido de calidad y responsabilidad del familiar y profesional de enfermería de esta manera brindar un adecuado cuidado y atención al paciente adulto mayor con osteoporosis en la unidad de PADOMI y el hogar, al mismo tiempo, coordinar acciones con las instituciones que agrupan enfermeros(as) para estandarizar importancia del cuidador para la atención del adulto mayor.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1 INTERNACIONAL

En Chile 2012, Aravena Viviane J., Espinoza Miranda K. (14), realizaron un estudio de “Sobrecarga, Apoyo Social y Autocuidado en Cuidadores Informales”, con el objetivo de conocer el nivel de sobrecarga, el apoyo social percibido, la capacidad de agencia de autocuidado y otros factores relacionados, en cuidadores/as informales de pacientes dependientes. El método de estudio fue descriptivo de corte transversal. La muestra obtenida por muestreo probabilístico, sistemático y estratificado estuvo compuesta por 30 cuidadores/as informales, a quienes se les aplicaron cuatro instrumentos por medio de visitas domiciliarias: cuestionario de evaluación biosociodemográfica del cuidador informal principal, escala de sobrecarga de Zarit, escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA). Las consideraciones finales, fueron entre otras que: Los cuidadores/as informales son: Mujeres, adultas, con pareja, con educación básica incompleta, sin trabajo ni participación social y con percepción económica insuficiente, dedicando gran parte del día a cuidar, sin ayuda de terceros.

En Bogotá- Colombia, 2011 Cataño N., Muñoz E., Lopez H., López L. y Velásquez V. (15) realizaron un estudio sobre “Efecto de un Programa Educativo para Cuidadores de Personas Ancianas: Una Perspectiva

Cultural”, con el objetivo de determinar el efecto de la aplicación de un programa educativo con perspectiva cultural para cuidadores de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza. El método de estudio fue cuasi-experimental con pre-prueba y post-prueba. La muestra estuvo conformada por 56 cuidadores familiares, 37 en el grupo experimental y 19 en el grupo control. El programa educativo aplicado al grupo experimental constaba de seis sesiones grupales con intervalo de 30 días. Cada sesión presentaba cinco fases: sensibilización, información culturalmente adaptada, toma de decisiones, compromisos de acción y cierre. Como producto del análisis ideográfico y nomotético de la información obtenida, las consideraciones finales fueron entre otras: El programa educativo con enfoque cultural tuvo efectos significativos, sobre las variables: funcionalidad familiar y carga del cuidador. La autopercepción en salud y depresión no presentaron diferencias significativas.

2.1.2 NACIONAL

En Lima – Perú 2013, Alvarado Flores DC (16) realizó un estudio de investigación sobre “Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil”. Centro de Atención del Adulto Mayor Frágil “Tayta Wasi”, con el objetivo de determinar el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 48 cuidadores de los adultos mayores frágiles. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las consideraciones la mayoría de los cuidadores tienen un nivel de

conocimiento medio, lo que no garantizara la calidad de cuidado en el adulto mayor.

En Lima – Perú en el año 2009 Torres Nalvarte R. (17), realizo un estudio de investigación sobre “Nivel de Conocimientos que tienen los Cuidadores sobre el Cuidado del Adulto Mayor en el Hogar”. En el Centro de Salud Materno Infantil “El Porvenir”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen los cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor en el hogar en relación al cuidado físico y psico-social del adulto mayor. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 70 cuidadores de los adultos mayores. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las consideraciones la mayoría de los cuidadores tienen un nivel de conocimiento medio, lo que no garantizara la calidad de cuidado en el adulto mayor.

En Lima – Perú en el año 2000 Parodi García JF (18), realizo un estudio de investigación sobre “Perfil del Cuidador del Paciente Adulto Mayor del Centro Geriátrico Naval”, con el objetivo de determinar la valoración y el análisis multidimensional del cuidador principal para establecer el perfil del cuidador del paciente Adulto Mayor dependiente del Centro Geriátrico Naval. El método usado fue el descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 180 pacientes adultos mayores dependientes del programa de visita a domicilio. La muestra estuvo conformada por 57 cuidadores de pacientes adultos mayores dependientes. La técnica fue la entrevista y lo instrumentos fueron la escala de Katz, la Cruz Roja Física y la Escala de Golberg. Producto del análisis ideográfico y nomotético de la información

obtenida. Las consideraciones son “La mayoría de los cuidadores de pacientes dependientes son familiares, en un porcentaje importante otro adulto mayor, generalmente mujeres las cuales viven en la misma casa con el paciente.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 teoría de Dorotea Orem

TEORIA DEL AUTOUIDADO: Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afecta su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”. Los seres humanos, por lo general tiene habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud, tienen habilidades para encontrar e analizar informaciones necesarias por si mismas y, cuando no es así, busca ayuda en la familia o en profesionales de la salud (19).

Esta teoría como supuesto principal que “el autocuidado no es innato”; esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos y familia, es decir, el entorno que los rodea (20).

La teoría sustenta que algunos factores condicionan de diversas maneras tanto las capacidades como las acciones de autocuidado; de particular interés, cita factores relacionados con la edad, estado del desarrollo, sexo,

sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud (21).

TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO: considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos, cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda, surge el déficit de autocuidado. Esta teoría describe y explica cómo pueden ayudar a las personas los profesionales de enfermería (22).

TEORIA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA: se refiere “a la secuencia de acciones practicas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a las personas o adoptar una actitud responsable frente a los cuidados” (23).

Según Cavanash (24), cuando las personas están incapacitadas para proveerse a ellas mismas la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su propio funcionamiento y desarrollo frente a los problemas de salud se plantea la intervención de enfermería, Orem ha clasificado estas acciones en cinco modelos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de la enfermera hacia en paciente, estas son: actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyo físico y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

2.3 BASES CONCEPTUALES

2.3.1 Aspectos generales del adulto mayor

“El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida”. Esta situación hace que equivocadamente muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias (25)

Durante los últimos 20 años la discriminación de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al aumento del adulto mayor. “En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, así como los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar (26).

2.3.1.1 Clasificación del adulto mayor

- persona adulta mayor auto Valente: es aquella persona capaz de realizar actividades cotidianas diarias, aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado: como el comer, vestirse, desplazarse, aseo, bañarse y realizar actividades instrumentales de la vida cotidiana como cocinar, limpiar, realizar trabajos fuera de

casa o salir de la ciudad. Se considera el 65% de la población que tienen esta condición.

- Persona adulto mayor frágil: se considera a aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores asociados con aumento de la susceptibilidad y a la mortalidad. Se considera el 30% de la población que tienen esta condición.
- Persona adulto mayor dependiente o portado: se denomina a aquella persona que tiene pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que el 3% a un 5% de la población tiene esta condición (27).

2.3.1.2 Fragilidad del adulto mayor

El adulto mayor presenta habitualmente una mayor vulnerabilidad al medio interno y/o externo que es producida en gran parte por la pérdida normal de la reserva fisiológica con el paso de los años.

“Se define fragilidad como el síndrome que se correlaciona con la labilidad de desarrollar morbi-mortalidad, es decir, el individuo puede presentar riesgo de desarrollar efectos adversos para su salud, lo que puede llevar la incapacidad” (28).

Por ello el cuidador familiar del adulto mayor frágil, es aquel que brinda cuidados continuos por más de 10 horas, constituye para el adulto mayor frágil una fuente primordial de apoyo en sus quehaceres diarios, por lo que el

estrés aparece frecuentemente y que de alguna manera alguna manera provocan cambios o alteraciones en la estructura familiar o en los patrones de interacción entre sus miembros (29).

2.3.1.3 Cambios en el adulto mayor

Se puede dividir en tres aspectos generales:

- Aspecto Físico: “Se refiere a manifestaciones físicas, algunos visibles y otros no. Como cambios en la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de la habilidad física y destreza motora”.
- Aspecto Psicológico: Trata de variación en la inteligencia, memoria, procesos de aprendizaje, impulsos y emociones.
- Aspecto Social: Vinculado con la sociedad en que ocurre este proceso; y en la influencia que esta tiene en los individuos (30).

Cada uno de estos factores esta interrelacionado entre sí en las vidas de las personas de edad avanzada.

“En la actualidad, los ancianos son considerados frecuentemente como seres indeseables. Esta idea absurda puede explicarse por la ausencia de productividad económica, la carga financiera que representa y por la imagen de futuro deterioro que dan a los más jóvenes. Este rechazo del individuo que envejece, contrasta con las sociedades antiguas donde el anciano era venerado y respetado. Cabe mencionar que en dichas épocas la esperanza de vida era breve, los que alcanzaban una edad avanzada eran pocos, y eso les confería un carácter excepcional” (31)

2.3.2 La familia en el cuidado de la salud del adulto mayor

2.3.2.1 Familia

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Las funciones de la familia son:

- Función biológica: Se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- Función educativa: Tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- Función económica: Se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
- Función solidaria: Se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- Función protectora: Se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos (32).

2.3.2.2 Importancia del papel de la familia en la atención a los adultos mayores

“Cuando el anciano es independiente y no tiene problemas de salud, es una ayuda para la familia, participa en las tareas del hogar y se encarga del cuidado de los nietos, con los que establece relaciones de complicidad. En el momento en que aparecen problemas de salud y dependencia, las relaciones suelen invertirse: El adulto mayor pasa de proporcionar ayuda a recibirla, de cuidar a ser cuidado, perdiendo peso específico dentro de la familia, entonces siente que sus opiniones y decisiones no tienen tanto valor, lo que le genera sentimientos de rechazo e inutilidad” (33).

2.3.2.3 Cuidador familiar para el adulto mayor

Tradicionalmente, son las mujeres jóvenes entre 20 a 30 años en quienes recae esa responsabilidad (hijas, nietas e incluso nueras), no importando la edad de la persona que demanda atención.

La asistencia al adulto mayor, demanda conocimientos, habilidades y cualidades, tales como: Observar cambios propios del adulto mayor y de la enfermedad, capacidad de comunicación verbal, responsabilidad por las actividades de los cuidados generales, desarrollar destrezas sociales, transmitiendo afecto, ser asertiva, así como iniciar y mantener una conversación con actitud y escucha, tener una motivación permanente, tener una salud física y mental y sobre todo respeto por las personas adultas mayores (34).

2.3.3 Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una baja en la masa ósea y deterioro de la micro arquitectura del tejido óseo, llevando un aumento en la fragilidad del hueso y consecuentemente en un aumento en el riesgo de fracturas, Las fracturas osteoporóticas tienen un profundo impacto en la calidad de vida, disminuyendo el estado físico, psicológico y funcional, debido al dolor, las deformidades y la inhabilidad para desarrollar las actividades del diario vivir (35).

2.3.3.1 Factores de riesgo

El carácter silente de esta enfermedad (en la mayoría de los casos), hace necesaria la temprana detección de los factores de riesgo. Por tanto, la prevención debe ser considerada en cualquier etapa de la vida del sujeto,

para lo cual la correcta historia clínica representa una importante herramienta (36).

Factores de Riesgo No modificables:

A) Antecedentes familiares de osteoporosis: La historia familiar constituye un predictor independiente del pico de masa ósea, y el antecedente de osteoporosis en familiares de primer grado está relacionado con disminución del pico de DMO. Las mujeres cuya madre o abuela han sufrido fracturas antes de los 70 años, principalmente de cadera, vertebrales o de muñeca, tienen un riesgo aumentado de presentar DMO baja y de presentar fractura. (37)

B) Edad: Con el avance de los años se produce una pérdida de masa ósea en hombres y mujeres de aproximadamente 0.3 a 0.5% por año a partir de los 35 años, y de 2 a 5% en el caso de las mujeres en los 4-6 años inmediatos posteriores a la menopausia, con estabilización posterior. Las fracturas de cadera por osteoporosis son más frecuentes en edades avanzadas, generalmente después de los 80 años en promedio, según los 13 lugares. Según la edad, a los 50 años se produce con mayor frecuencia la fractura de muñeca, a partir de los 60 años las fracturas vertebrales y desde la séptima a octava década las fracturas de cadera. (38)

C) Sexo: Las mujeres presentan mayor riesgo de osteoporosis. Los huesos son de menor tamaño y el pico de masa ósea es inferior al alcanzado por los varones. Además, las mujeres tienen una mayor tasa de pérdida, aumentada en la posmenopausia reciente, y tiene una mayor expectativa de vida. (39)

D) Raza: La densidad mineral ósea (DMO) presenta valores más bajos en la población blanca y asiática. Los individuos de raza negra tienen valores más elevados de DMO que los blancos del mismo sexo y edad. (40)

Factores de Riesgo Modificables:

A) Estado hormonal: Tanto la pérdida o eliminación de estrógenos como de andrógenos (testosterona) provocan una pérdida clara de masa ósea. (41)

La deprivación estrogénica supone una falta de freno a la acción de los osteoclastos y esto conlleva una pérdida acelerada y desproporcionada de 14 hueso trabecular (alto remodelado óseo). Esta acción, junto con el hecho de que el pico de masa ósea en la mujer es más precoz y de menor cuantía que en el varón justifica, en gran medida, que la OP sea mucho más frecuente en el sexo femenino (42)

B) Bajo consumo de Calcio: El calcio es una parte esencial del mineral óseo, pero también es vital para los músculos, nervios y otras células del cuerpo. Cuando no se absorbe suficiente calcio de la dieta, el organismo produce más hormona paratiroidea, que incrementa el remodelado óseo instando a los osteoclastos del hueso a alterarse y sacrificar el calcio óseo para abastecer a los nervios y músculos con el mineral que necesitan. Esto acelera la osteoporosis (43)

C) Bajo consumo de Vitamina D: Con el aumento de la edad la absorción de la vitamina D disminuye debido a: baja ingesta de alimentos conteniendo la vitamina, reducida exposición al sol (es la mayor fuente de vitamina D), la piel es menos efectiva como fuente para generar pre vitamina D, absorción gastrointestinal disminuida y disminución de la activación de la vitamina D en el riñón; potenciando la resorción ósea. (44)

La deficiencia de vitamina D en los adultos mayores aumenta la posibilidad de caídas (y, por lo tanto, la posibilidad de sufrir una fractura), porque la vitamina D también es importante para el correcto funcionamiento de los músculos y del sistema nervioso. (45)

D) Ingesta excesiva de sodio y proteínas: La ingesta abundante de proteínas (más de 1,5 gramos de proteínas por Kilogramo de peso y día) y/o sodio (por encima de 2,100 mg/día) altera el balance de calcio, ya que aumenta la calciuria por disminución de la reabsorción tubular de calcio, y provocando así hipocalcemia e hiperparatiroidismo secundario. (46)

E) Ingesta excesiva de fosforo: La ingesta habitual de fosforo no solamente supera las de calcio, sino que no existe ningún problema de aporte, por dos razones principales:

- Prácticamente todos los alimentos contienen cantidades importante de fosfatos, a diferencia del calcio.
- La absorción de fosfatos es muy buena, lo que no ocurre tampoco con el calcio (47).

I) Consumo excesivo de café: La cafeína es un componente de bebidas estimulantes que provoca un ligero aumento de las pérdidas urinarias de

calcio a corto plazo (1 a 3 horas), debido a una disminución de la absorción del mineral, que en condiciones normales no parece afectar al balance neto de calcio. Además, parece que las cantidades deben ser altas (más de 3 tazas al día) para que el efecto sea significativo. (48)

J) Inactividad física/inmovilidad: El sedentarismo y la inmovilidad contribuyen al desarrollo de la osteoporosis. 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, que aquellas que permanecen sentadas menos de seis horas por día. (49)

2.3.3.2 Clasificación

Osteoporosis primarias: el mecanismo que hace que se desarrolle la osteoporosis es la deficiencia de estrógenos.

- Osteoporosis idiopática juvenil (se suele iniciar entre los 8 y los 14 años; suele remitir en unos 5 años) y osteoporosis del adulto joven (suele aparecer durante el embarazo).
- Osteoporosis postmenopáusica. Se caracteriza por una pérdida acelerada del hueso y una disminución de la actividad de la PTH.
- Osteoporosis senil. Afecta a personas mayores de 70 años debido a un déficit de la función de los osteoblastos.

Osteoporosis secundarias: la afectación es consecuencia a otra patología o a su tratamiento (50).

2.3.3.3 Síntomas

Una de las primeras manifestaciones de la osteoporosis aparece en forma de dolor punzante y brusco, localizado en la columna vertebral, durante la actividad diaria o bien en reposo. Además la movilidad de la zona dolorida disminuye, con un aumento de las molestias al toser, estornudar, durante los esfuerzos de la defecación, etc, También puede presentarse con un hundimiento progresivo de las vértebras, sin dolor, o con otros síntomas, como una cierta inapetencia. Aunque la mayor y más visible consecuencia de la pérdida ósea, se evidencia cuando se producen fracturas, pues la resistencia del hueso es demasiado frágil. Muñecas, vértebras y cadera resultan las zonas más proclives a las fracturas. En algunos casos encontramos que la fractura no se produce como consecuencia de la caída, hecho este habitual en fracturas de cadera (51).

2.3.3.4 Prevención

PREVENCIÓN PRIMARIA DE OSTEOPOROSIS

Es reconocido que el calcio y la vitamina D son los nutrientes que participan más directamente en la formación y mantenimiento del hueso. Sin embargo, las recomendaciones dietéticas para la prevención de la osteoporosis se basan, además del aporte adecuado de estos dos elementos, en seguir una dieta equilibrada en cuanto a la proporción de los nutrientes básicos, vitaminas y oligoelementos. En este sentido, conviene recordar que diversas vitaminas intervienen en el mantenimiento de un remodelado óseo adecuado (52).

Elementos de la alimentación a evitar: Cuando hablamos de una alimentación adecuada no sólo queremos referirnos a un consumo suficiente de determinados nutrientes, sino también a la limitación de otros que sabemos que tienen un efecto nocivo para el hueso.

La ingesta abundante de proteínas (más de 1,5g proteína/kg peso/día) y o de sodio pueden alterar el balance de calcio, ya que aumentan la calciuria por disminución de la reabsorción tubular de calcio, provocando así hipocalcemia e hiperparatiroidismo secundario, Igual ocurre con la ingesta excesiva de fosfatos, presentes en gran cantidad en algunas conservas y salchichas.

También debe evitarse las dietas vegetarianas, muy ricas en fitatos y oxalatos, que hacen precipitar el calcio. Necesidades de calcio y vitamina D

Debido a que 99% del calcio corporal se encuentra en los huesos, los requerimientos de calcio del organismo vienen determinadas principalmente por las necesidades del esqueleto (53).

Desde el nacimiento a los 6 meses de edad, se necesita unos 400 mg de calcio al día. Para los niños comprendidos entre los 6 y los 12 meses, la ingesta de calcio va desde 400 a 700 mg/día (generalmente se habla de unos 600 mg/día).

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE OSTEOPOROSIS

Aporte adecuado de calcio y vitamina D: La cantidad de calcio que precisa un adulto oscila en torno a 1000 mg al día (1500 mg en la mujer menopáusica sin THS), mientras que con respecto a la vitamina D se precisa

unas 100 unidades al día. En los mayores de 65 años, hombres y mujeres, los requerimientos son de 1500 mg/día de calcio y 800 unidades de vitamina D. Sabemos que en las mujeres peri menopáusicas y posmenopáusicas, la ingesta suficiente de calcio juega un papel importante en la prevención de la pérdida de masa ósea y en la disminución del riesgo de fracturas. De ahí la necesidad de asegurarnos del aporte adecuado de este mineral (54)

Suplementos de calcio: Aunque el calcio es un nutriente común en la dieta y el consumo adecuado podría ser obtenido de fuentes nutricionales, en la práctica es difícil para mucha gente lograr la cantidad necesaria mediante los alimentos, especialmente en las mujeres posmenopáusicas. Muchas veces, restricciones autoimpuestas de calorías (con el fin de adelgazar) y el deseo de evitar el consumo de colesterol conduce a una limitación de la mayor fuente de calcio en la dieta occidental, que son los productos lácteos. De hecho, sabemos que en la mayoría de las mujeres posmenopáusicas la ingesta cálcica es considerablemente menor que la recomendada hoy en día. En el estudio de Peris, efectuado en población española, se comprueba que 81% de las mujeres menopáusicas ingiere menos de 800 mg de calcio al día.

Suplementos de vitamina D: La vitamina D juega un papel muy importante en la absorción del calcio a través del intestino y se ha demostrado que con el envejecimiento se produce una disminución casi lineal en los niveles séricos de vitamina D, lo que conlleva a un déficit de la misma en un importante número de sujetos ancianos. Este déficit debe ser corregido para evitar mayor pérdida de masa ósea (55).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Según la intervención del investigador el estudio fue de **tipo observacional**, dado que no existió intervención de la investigadora, y los datos obtenidos reflejarán los cuidados de los familiares considerados en el presente estudio.

Según la planificación de la toma de datos, el estudio fue de **tipo prospectivo**, porque se registró la información tal y cómo ocurren los fenómenos que se representarán en el momento de los hechos.

Según el número de ocasiones en que se medirá la variable; el tipo de estudio fue **transversal** porque se estudió las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un solo corte en el tiempo y espacio.

Según el número de variables, el estudio fue **descriptivo**, porque solo **se cuenta con una variable principal**.

3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio corresponde a un diseño descriptivo transversal y el diseño es el siguiente:



DONDE:

M: Familias de pacientes adultos mayores con osteoporosis

O: observación de la muestra

3.3 POBLACION

La unidad de estudio estuvo conformada por 50 familias de pacientes adultos mayores con osteoporosis asistentes a PADOMI – HOSPITAL II ESSALUD – HUANUCO 2015; que es un total aproximado de 50, según el registro o cuaderno de atenciones.

El lugar de estudio cuenta con la población objetiva para la realización de este estudio.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

Familias de pacientes adulto mayor con osteoporosis:

- Que estaban inscritos a PADOMI hasta diciembre del 2015.
- Que deseaban participar en el estudio, y firmen el consentimiento informado.
- Que vivan en la jurisdicción de Amarilis.

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

Familias de pacientes adulto mayor con osteoporosis:

- Que no desearon participar en el estudio.
- Que presentaron otras patologías.
- Que desearon retirarte del estudio.
- Que durante el estudio sufran complicaciones de salud.

3.3.3 CRITERIOS DE REPOSICION:

Familias de pacientes adulto mayor con osteoporosis:

- Que estén inscritos a PADOMI desde enero del 2015.

3.3.4 UBICACIÓN DE LA POBLACION EN ESPACIO Y TIEMPO

Para el estudio la población fue ubicada en el servicio de PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD, que se encuentra situado en el distrito de Huánuco, provincia y departamento de Huánuco.

El estudio fue investigado durante los meses de mayo a julio del año 2015.

3.4 MUESTRA Y MUESTREO

3.4.1. Unidad de Análisis

Familias de pacientes adultos mayores con osteoporosis

3.4.2 Unidad de Muestreo

Familias que representan a la unidad de análisis

3.4.3 Marco Muestral

Se tuvo en cuenta a las familias de pacientes adultos que asisten al servicio de PADOMI-ESSALUD

3.4.4 Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra fue de 50 familias de pacientes adultos mayores con osteoporosis.

3.4.5 Tipo de Muestreo

No fue necesario utilizar ningún tipo de muestreo debido al tamaño de la muestra.

3.5 METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Método: el método que se tuvo en cuenta en el estudio fue la entrevista.

Guía de entrevista de características sociodemográficas (Anexo 01)

Consta de 4 reactivos para conocer las características sociales y demográficas de las familias de pacientes con osteoporosis, se consideró la edad, género, grado de instrucción y estado civil.

Guía de entrevista sobre cuidados de los familiares en pacientes con osteoporosis (Anexo 02)

El instrumento que se realizó a los familiares de pacientes adultos mayores con osteoporosis consta de 26 reactivos relacionadas sobre los cuidados. Las cuales del 1 al 10 son preguntas sobre cuidados físicos, del 11 al 20 sobre cuidados terapéuticos y del 21 al 26 sobre cuidados nutricionales. Para cada ítem se le asigna 3 valores, de los cuales siempre tiene el valor de 2 puntos, casi siempre 1 punto y ninguno 0 puntos. Asimismo para determinar que los cuidados son adecuados deben de tener un puntaje de 24 a 42 puntos, mientras que los cuidados inadecuados un puntaje de 0 a 23 puntos. Del mismo modo las dimensiones trabajadas para ser adecuadas deben obtener el siguiente puntaje:

- Cuidados físicos: 6 - 10 puntos
- Cuidados terapéutico: 11 - 20 puntos
- Cuidados nutricionales: 7 – 12 puntos

3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

En cuanto a la validez se tuvo en cuenta la validez del contenido mediante el juicio de 5 expertos que tengan conocimiento sobre el tema

- **3.6.1 VALIDEZ CUALITATIVA**

- **Validez racional:** El instrumento fue obtenido mediante la búsqueda de antecedentes con los respectivos autores Alvarado Flores Diana Carolina en el año 2013 en Lima- Perú, Quispe Arones Vilma en el año 2006, de manera que los conceptos a medir ya no son provisionales ni vagos.

- **Validez de respuesta:**

En este proyecto de investigación se realizó la aproximación a la población, aplicación de una muestra piloto: Con la finalidad de identificar posibles dificultades principalmente de carácter ortográfico, palabras poco entendibles, ambigüedad de las preguntas, control del tiempo necesario para cada instrumento; por lo tanto esto permitió ver la comprensión, redacción, coherencia de los reactivos de cada uno de los instrumentos redactados. Esta prueba piloto se realizó en 10 familiares que los pacientes con características similares a los del estudio.

Se realizó previamente antes de aplicar el instrumento, en el mes de agosto 2015, a fin de constatar su aplicabilidad y comprensión, con los mismos criterios de inclusión y exclusión, con la cual se obtuvo la confiabilidad del formulario. Siendo factible el resultado, con un total del 70%

(7 familiares) siempre brindan cuidados físicos, terapéuticos y nutricionales y un 30% (3 familiares) que casi siempre brindan cuidados físicos, terapéuticos y nutricionales.

- **Validez Delfos o de jueces:**

Para la validación de los instrumentos de recolección de datos del presente estudio se contó con 5 expertos; quienes emitieron su juicio para determinar hasta donde los reactivos del instrumento son representativos.

A los expertos y jueces, se les otorgó un sobre conteniendo los siguientes documentos:

- Oficio de validación de instrumentos de recolección de datos por juicios de expertos.
- Hoja de instrucciones.
- Formato para la evaluación según juicio de experto sobre la pertinencia del instrumento de la escala propuesta.
- Guía de entrevista de las características sociodemográficas de la muestra en estudio.
- Guía de entrevista de los cuidados de los familiares en pacientes con osteoporosis.
- Constancia de validación.
- Matriz de consistencia

Los expertos o jueces evaluaron de manera independiente la relevancia, coherencia, suficiencia, claridad con que han sido redactados los reactivos, los mismos que se encuentran anexados al final del proyecto.

3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- Solicitar permiso a la Dirección del Hospital Essalud de Huánuco; para la realización del estudio.
- Selección de la muestra a través del consentimiento informado
- Confección, validez y confiabilidad del instrumento para la recolección de datos.
- Así mismo se capacitó a las personas encargadas de realizar las encuestas
- Una vez lista las coordinaciones y capacitaciones procederemos a realizar las encuestas en un periodo de 3 días
- Aplicación del instrumento a la muestra de estudio
- Procesamiento de datos
- Análisis e interpretación
- Elaboración del informe final

3.8 ELABORACIÓN DE DATOS

Para el estudio se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

Autorización:

- Se emitió una solicitud para obtener autorización en la aplicación del trabajo de campo realizado en PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD
- Se aplicó instrumentos según anexos 1 y 2.
- Se capacitó al personal de apoyo para la recolección de datos.
- Luego, se recopiló información de un libro de padrón donde se encuentran plasmadas el total de población de los pacientes de PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD 2015.
- Asimismo, una vez calculada la muestra, se realizó el sorteo para la selección de la muestra, luego se anotó los nombres de todos los pacientes para sacar los números de historia.
- Seguidamente se prosiguió en el servicio de admisión para adquirir los datos de las historias clínicas correspondientes.
- Con los números de historias registradas se procedió a sacar las historias del área de archivo para la ejecución del instrumento.
- Luego de realizar la ejecución del instrumento y teniendo toda la información necesaria se realizó la tabulación respectiva.

3.9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el análisis descriptivo de los datos se utilizó los datos del análisis de las frecuencias y los porcentajes, mediante tablas y gráficos adecuados a la necesidad.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de Chi Cuadrada de independencia con el fin de relacionar las variables cualitativas.

En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

3.10. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Autonomía: este principio se aplicó
 - ✓ Cuando se incluye a los pacientes como sujetos de investigación previo consentimiento informado por escrito.
- Justicia:
 - ✓ La decisión de no participar como sujetos de investigación o de apartarse de una participación ya comprometida o iniciada no dará lugar a ningún tipo de penalización.
- Beneficencia:
 - ✓ El estudio tuvo beneficia para los pacientes en estudio, porque se les brindó información sobre derechos de los pacientes oportunamente.
- No maleficencia:
 - ✓ La participación de los sujetos en estudios fue estrictamente voluntaria.
 - ✓ Se respetó el anonimato de la muestra en estudio.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVO

Tabla 01. Descripción de la distribución según las variables de caracterización de los familiares en pacientes adultos mayores con Osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD – HUANUCO 2015.

Edad en años	Frecuencia	%
34 a 40	18	44,5
41 a 47	10	25,5
48 a 54	11	15,0
62 a 68	11	15,0
Total	50	100,0

Fuente: Cuestionario.

En cuanto a la edad en años de los familiares en estudio, se encontró que el 44,5% (18 familiares) se ubicaban entre 34 a 40 años de edad, el 25,5% (10 familiares) tuvieron 41 a 47 años, el 15,0% (11 familiares) entre 48 a 54 años y el 15,0% (11 familiares) entre 62 a 68 años.

Tabla 02. Género de los familiares en pacientes adultos mayores con Osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD – HUANUCO 2015.

Género	Frecuencia	%
Masculino	24	48,0
Femenino	26	52,0
Total	50	100,0

Fuente: Cuestionario.

En cuanto a la variable Género de los familiares en estudio, se encontró que el 48,0% (24 familiares) fueron de sexo masculino, y 52,0% (26 familiares) de sexo femenino. Siendo el sexo femenino el más frecuente.

Tabla 03. Grado de instrucción de los familiares en pacientes adultos mayores con Osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD – HUANUCO 2015.

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria	6	12,0
Secundaria	25	50,0
Superior	19	38,0
Total	50	100,0

Fuente: Cuestionario.

En relación al grado de instrucción de los familiares en estudio, notamos que el 50,0% (25 familiares) tuvieron una educación de nivel secundario, el 38,0% (19 familiares) alcanzaron una educación superior y el 12,0% (6 familiares) lograron una educación de nivel primario.

Tabla 04. Estado civil de los familiares en pacientes adultos mayores con Osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD – HUANUCO 2015.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	1	2,0
Casado	25	50,0
Conviviente	24	48,0
Total	50	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En referencia al estado civil de los familiares en estudio, observamos que el 50,0% (25 familiares) se encuentran con estado civil de casado, el 48,0% (24 familiares) estuvieron con estado civil de conviviente, el 2,0% (1 familiar) mantenía la condición de soltero.

DATOS SOBRE CUIDADOS

Tabla 05. Características físicas, Terapéuticas y nutricionales de los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD- HUANUCO 2015.

Características	frecuencia (n=50)	%
Cuidados físicos		
Casi Siempre	15	30.0%
Siempre	35	70.0%
Cuidados Terapéuticos		
Casi Siempre	20	40.0%
Siempre	30	60.0%
Cuidados Nutricionales		
Casi Siempre	7	14.0%
Siempre	43	86.0%

Fuente Cuestionario (Anexo 1)

En cuanto a las características de los cuidados físicos. Terapéuticos y nutricionales, predomina con el 86.0% (43 familiares) los cuidados nutricionales, seguido de los cuidados físicos que representa el 70.0% (35 familiares) y finalmente solo el 60.0% (30 familiares) de los cuidados terapéuticos.

4.2 RESULTADO INFERENCIAL

Tabla 06. Relación entre la edad y los cuidados físicos de los familiares a pacientes adultos mayores con Osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD- HUANUCO 2015.

Cuidados Físicos	Edad				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia				
	34-40	41-47	48-54	62-68								
	N	%	N	%	N	%			N°	%		
Siempre	20	40%	7	14%	5	10%	3	6%	35	70%	5,89	0,008
Casi Siempre	9	18%	3	6%	2	4%	1	2%	15	30%		
Total	29	58%	10	20%	7	14%	4	8%	50	100%		

Fuente Cuestionario (Anexo 1)

Concerniente a la relación entre la edad de los familiares y los cuidados físicos, observamos que predomina el 40% (20 familiares) entre 34-40 años siempre brindan dichos cuidados. Mediante la prueba Chi Cuadrado ($\chi^2=5,89$ $P \leq 0,008$), resultado significativo estadísticamente, es decir que la edad (34-40 años) se relaciona significativamente con los cuidados físicos de los familiares en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015.

Tabla 07. Relación entre la edad y los cuidados terapéuticos de los familiares a pacientes adultos mayores con Osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD- HUANUCO 2015.

Cuidados Terapéuticos	Edad						Prueba Chi cuadrada	Signifi cancia				
	34-40		41-47		48-54				62-68		Total	
	N	%	N	%	N	%			N	%		N°
Siempre	11	22%	12	24%	3	6%	7	14%	33	66%	6,74	0,004
Casi Siempre	8	16%	5	10%	3	6%	4	2%	17	34%		
Total	19	38%	17	34%	6	12%	11	22%	50	100%		

Fuente Cuestionario (Anexo 1)

Concerniente a la relación entre la edad de los familiares y los cuidados terapéuticos, observamos que predomina el 24% (12 familiares) entre 41-47 años siempre brindan dichos cuidados. Mediante la prueba Chi Cuadrado ($\chi^2 = 6,74$ $P \leq 0,004$), resultado significativo estadísticamente, es decir que la edad (34-40 años) se relaciona significativamente con los cuidados terapéuticos de los familiares en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015.

Tabla 08. Relación entre la edad y los cuidados nutricionales de los familiares a pacientes adultos mayores con Osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD- HUANUCO 2015.

Cuidados Nutricionales	Edad				Total		Prueba Chi cuadra da	Signifi cancia
	34-40	41-47	48-54	62-68				
	N %	N %	N %	N %	N°	%		
Siempre	15 30%	15 30%	7 14%	6 12%	43	86%	6,89	0,009
Casi Siempre	3 6%	2 4%	1 2%	1 2%	7	14%		
Total	18 36%	17 34%	8 16%	7 14%	50	100%		

Fuente Cuestionario (Anexo 1)

Concerniente a la relación entre la edad de los familiares y los cuidados nutricionales, observamos que predomina el 30% (15 familiares) entre 34-40 y 41-47 años que siempre brindan dichos cuidados. Mediante la prueba Chi Cuadrado ($\chi^2 = 6,89$ $P \leq 0,009$), resultado significativo estadísticamente, es decir que la edad (34-40 y 41-47 años) se relaciona significativamente con los cuidados nutricionales de los familiares en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015

CAPITULO V

DISCUSION

5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de procesar la información, atendiendo a los objetivos planteados al inicio del estudio, en el presente capítulo se discute nuestros resultados con los hallazgos de otros autores y la teoría encontrada. El rigor estadístico se obtuvo luego de someter los datos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado para una muestra con la finalidad de determinar la existencia de diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable General y sus dimensiones.

Con el propósito de atender al objetivo general, cuya finalidad fue Determinar los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI – Hospital II ESSALUD – Huánuco 2015, indican que el 35% de los familiares siempre brindan cuidados físicos, el 30% de familiares cuidados terapéuticos y en mayor cantidad el 43% de los familiares siempre brindan cuidados nutricionales.

Frente a ello Espinoza Miranda Karina y Cols, señalan: los cuidadores/as informales son mujeres adultas con pareja con educación básica incompleta, sin trabajo ni participación social y con percepción económica insuficiente, dedicando gran parte del día a cuidar, sin ayuda de terceros.

Según Durand, dice: los cuidados de larga duración no son, sin embargo, el único tipo de asistencia que requieren las personas mayores dependientes. Los problemas de salud, y más concretamente el padecimiento de

enfermedades crónicas (artritis, demencia, diabetes), son los que desencadenan los problemas de dependencia en muchas ocasiones. Debido a ello, las personas mayores dependientes acostumbran a necesitar de la asistencia sanitaria con una frecuencia muy superior a la del resto de la población.

Por otra parte Velásquez, Vilma y Cols, indican: el programa educativo con enfoque cultural tuvo efectos significativos, sobre las variables: funcionabilidad familiar y carga del cuidador. La autopercepción en salud y depresión no presentaron diferencias significativas.

Al respecto, Domínguez menciona que por ser una tarea tan demandante, cuidar de una persona mayor dependiente se ha asociado con la mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés, fatiga, soledad, enojo, tristeza. Muchos cuidadores se centran en el cuidado de su dependiente desatendiéndose a sí mismo, dejando de lado aspectos tales como su participación social, la realización de tareas de recreación y descanso y su propio cuidado, lo que les acarrea consecuencias negativas para su salud y bienestar.

De la misma forma, Bemejo C, Martinez M, señalan: esta realidad impone grandes retos a toda la sociedad y en particular al sector de la salud ya que si bien se planifican acciones de promoción y prevención de enfermedades para la avanzada que tienen el objetivo de garantizar un envejecimiento satisfactorio, existe una porción de este grupo poblacional que presentan afecciones discapacitantes que dificultan el mantenimiento de una vida independiente y funcional.

CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados en la investigación se llegaron a las siguientes conclusiones.

1. Según las características sociodemográficas, el 44,5% de familiares de pacientes con osteoporosis presentan edades entre 34-40 años, el 52% pertenecen al género femenino, el 50% presentaron el grado de instrucción secundario, el 50% fueron de estado civil casado(a).
2. Un porcentaje promedio alto de 70% de familias de pacientes adultos mayores con osteoporosis afirmaron que siempre brindan adecuados cuidados físicos.
3. El 60% de familiares brindan siempre adecuados cuidados terapéuticos al paciente adulto mayor con osteoporosis.
4. Un promedio de 86% de familiares brindan siempre adecuados cuidados nutricionales al paciente adulto mayor con osteoporosis.
5. Y en relación sobre la edad y los cuidados, se encontró asociación significativa entre la edad (34-40años) y los cuidados físicos ($\chi^2= 5,89$; $P \leq 0,008$), la edad (41-47años) y los cuidados terapéuticos ($\chi^2= 6,74$; $P \leq 0,004$) finalmente entre la edad (34-40 41-47 años) y los cuidados nutricionales ($\chi^2= 6,89$ $P \leq 0.009$).

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de la salud que laboran en los servicios de PADOMI de los Hospitales ESSALUD- Región Huánuco, deben enfatizar en capacitar a los familiares de pacientes adultos mayores con osteoporosis sobre cuidados físicos, terapéuticos y nutricionales, puesto que son los agentes colaboradores del enfermero.
2. Los profesionales de enfermería deben demostrar una orientación y educación a los familiares con palabras sencillas, prácticas y participación.
3. Los profesionales de enfermería del servicio de PADOMI, deben de continuar mejorando las estrategias en la atención y cuidado del paciente adulto mayor para incrementar el nivel de satisfacción de la familia y del paciente.
4. A los estudiantes de enfermería Realizar estudios con diseños más sofisticados, que busquen la relación de los cuidados de los familiares en pacientes con osteoporosis según otras variables.
5. A la escuela elaborar investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre la calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rokes C, Calvo A. Factores de riesgo para osteoporosis y fracturas de cadera. Análisis multivariado. Medicina (argentina). 2007; 67 (5).
2. JJ Navarro, Jaller R, Vargas RF. Plan de cuidados de enfermería. Rev.Colomb.Reumatol. 2007; 14 (2): 99-105.
3. Carhuan Castillo NS. Factores exógenos que predisponen a la osteoporosis en mujeres después del parto-callao.[título profesional en licenciado de enfermería]. Lima-callo. Universidad nacional del callao; 2009.
4. Joller N, Vargas RF. Osteoporosis y factores de riesgo en una población femenina latinoamericana. Rev.Colomb.Reumatol.2006; 14 (2): 99-105.
5. Instituto Nacional De Estadística E Informática. Día mundial de la población [internet].[consultando 2015 marzo 15]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf.
6. Rosario Fofias GZ. Martinez Dominguez M. factores de riesgo de osteoporosis en personas mayores de 45 años. [título profesional e licenciado de enfermería]. Veracruz. Universidad Veracruzana; 2007.
7. Tijario Ayarza RR. Hábitos de vida que predisponen a las mujeres de la unidad de climaterio del instituto especializado materno perinatal. [título profesional para licenciado en enfermería]. Lima. Universidad mayor de san marcos; 2009.

8. Aguilar Rodríguez YJ. Rol de la enfermera en la prevención de la osteoporosis.[título profesional para licenciado en enfermería]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego; 2013.
9. Tijario Ayarza RR. ibit.pag 29.
10. Muñoz-Torres M, Varsavsky M, Avilés Pérez MD. Osteoporosis Definición Epidemiología. Rev Osteoporos Metab Miner. 2010; 2(3):85-87.
11. Essalud. PADOMI [internet]. [Consultado 2015 abril 10]. Disponible en: URL: <http://www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/>
12. Aguilar Rodríguez YJ. Ibit. Pag 62.
13. Ministerio De La Mujer y Poblaciones Vulnerables. PLANPLAM 2013-2017 [internet]. [Consultando 2015 marzo 23]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/planes/vers_imprimible_plan_nac_pam_2013-2017.pdf.
14. Miranda Espinoza K, Aravena Jofre V. SOBRECARGA, APOYO SOCIAL Y AUTOCUIDADO EN CUIDADORES INFORMALES. Cienc. enferm. 2012;18(2):23-30.
15. Velásquez V, López L, López H, Cataño N y Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Rev. salud pública. 2011; 13(4): 610-619.
16. Nalverte Torres R. Nivel de conocimientos que tienen los cuidadores sobre el cuidado del adulto mayor en el hogar en el Centro de Salud Materno

Infantil "El provenir". [Para optar el grado de especialista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.

17. Pinedo Varela L. Perfil Del Adulto Mayor Perú – Intra li [internet]. [Consultado 2015 marzo 23].

18. Vega Angarita OM, Gonzales Escobar DS. teoría del déficit del autocuidado. Ciencia y cuidado.;4(4):28-35.

19. Vega Angarita OM, Gonzales Escobar DS. Ibit.Pag 30.

20. Rivera Alvarez LN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Rev. Avances de enfermería.Vol XXIV N°2 julio-diciembre 2006. Universidad nacional de Colombia.pag 92.

21. Vega Angarita OM, Gonzales Escobar DS. Ibit.Pag 32.

22. Cavanash, Steven J. modelo de Orem. Aplicación practica. Barcelona 1993. Ediciones Masson-Salvat. Pag 45.

23. Salome Gamarra PC. "Atención del Anciano en el Centro de Adulto Mayor ES SALUD". Vol 1. Ed Red Latinoamericana de Gerontología. Perú-Tacna. Edit. Ariel S.A. 2006.

24. Flores Alvarado DC. Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil. Centro de atención del adulto mayor "tayta wasi" [para optar el título de licenciada de enfermería]. Lima: universidad mayor de san marcos; 2013.

25. Quispe Arones V. efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente

en los servicios de medicina del HNDAC [para optar el título de licenciada de enfermería]. Lima: universidad mayor de san marcos; 2007.

26. MINDES. “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores”. Vol 2. Ed Editrial. Lima-Perú. Edit Ariel S.A. 2010.

27. Flores Alvarado DC. Op.cit. pag 26,27,28,29,30.

28. Mg. Castillo Chalco NS. Factores exógenos que predisponen a la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas de la comunidad bocanegra - callao.[para obtener el grado de doctorado]. lima: universidad nacional del callao; 2011.

29. CONCESO IBEROAMERICANO DE OSTEOPOROSIS SIBOMM 2009. Osteoporosis: prevención, Diagnóstico y Tratamiento. Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral. 2009. URL:http://www.faes.es/area_medica/imagenes/publicaciones/10_SIBOMM_2009_526.pdf. Accesado: 02/03/2013

30. ORGANIZACIÓN MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en osteoporosis postmenopáusica. Prevención de Fracturas por Fragilidad. España. 2011. URL: https://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_osteoporosis_postmenopausica.pdf. Accesado: 09/02/2013

31. MATAIX, J. Nutrición y alimentación. Situaciones fisiológicas y patológicas. 1ª edición. Barcelona-España. Editorial Océano. 2009.

32. BARRERA, R. Actitud ante la Osteoporosis. Medicina General. 2002.
URL: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_46/pdf/601-612.pdf.
Accesado: 24/02/2013
33. Mg. Castillo Chalco NS. Ibit. Pag 14.
34. PACHECO, C.; PINZON, A. Y COLABORADORES. Compendio de Terapéutica. Evidencia Actual. 5ª Edición. Colombia. Editorial Medica Celsus. 2011.
35. Mg. Castillo Chalco NS. Ibit. Pag 15.
36. Mg. Castillo Chalco NS. Ibit. Pag 16, 17.
37. MATAIX, J. Nutrición y alimentación. Situaciones fisiológicas y patológicas. 1ª edición. Barcelona-España. Editorial Océano. 2009.
38. FUNDACION INTERNACIONAL DE OSTEOPOROSIS.
Publicaciones/Material IOF. 2011. URL:
<http://regions.iofbonehealth.org/latinoamerica/publicaciones.html>. Accesado:
22/06/2013.
39. Domingo Cobo CJ, Ruiz López B y Martínez Serrano J. Cuidados de enfermería en la osteoporosis. La fragilidad en los huesos [internet]. [Consultado 2015 marzo 24]. Disponible en:
<http://www.logoss.net/uploads/45editorial/temamuestra/tema119.pdf>.
40. Branco Castelo C, Peralta Ayala F, Blümel Enrique J. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS. Ginecol obstet. 2003;49(4):248-258.

ANEXOS

Nº encuesta: _____

Fecha: / /

ANEXO 01

GUIA DE ENTREVISTA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Cuidados de los familiares en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD Huánuco 2015.

INSTRUCCIONES. Estimado (a) alumno (a), le pedimos por favor obtener los datos relacionados a los aspectos generales de los familiares en estudio, para lo cual marque o complete según la información alcanzada.

La información será manejada con carácter confidencial. La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CARACTERISTICAS GENERALES

1. ¿Qué edad tiene usted?
2. ¿A qué género pertenece?

Masculino	()
Femenino	()
3. ¿Qué grado de instrucción tiene usted?

Sin estudios	()
Primaria	()
Secundaria	()
Superior	()
4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero	()
Casado	()
Conviviente	()
Otros	

Nº encuesta: _____

Fecha: / /

ANEXO 02
GUIA DE ENTREVISTA SOBRE CUIDADOS DE LOS FAMILIARES EN
PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Cuidados de los familiares en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD Huánuco 2015.

INSTRUCCIONES. Estimado (a) alumno (a), le pedimos por favor obtener los datos relacionados a los aspectos generales de los familiares en estudio, para lo cual marque o complete según la información alcanzada. La información será manejada con carácter confidencial. La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

REACTIVOS	Siempre	Casi Siempre	Ninguno
I. DATOS SOBRE CUIDADOS FISICOS			
1. ¿Ud. al familiar con osteoporosis incentiva que realice caminatas pasivas?			
2. ¿Ud. al familiar con osteoporosis dirige a que realice ejercicios a base de trotes?			
3. ¿Ud. al familiar con osteoporosis incentiva a que realice juegos recreativos como saltos, deportes, etc.?			
4. ¿Ud. al familiar con osteoporosis ayuda para que realice levantamiento de pesas ligeras?			
5. ¿Ud. al familiar con osteoporosis enseña u orienta a que realice ejercicios de equilibrio como pararse con un pie, saltar con un pie o alzar cosas pequeñas?			
6. ¿Ud. al familiar con osteoporosis ayuda a extender y flexionar, sin despegar las lumbares del suelo?			
7. ¿Ud. al familiar con osteoporosis incentiva a estirar un brazo hacia atrás y presionar sobre el plano del suelo?			
8. ¿Ud. al familiar con osteoporosis incentiva a que practique ejercicio suave de 3 a 5 veces por semana durante 30 a 40 minutos?			

9. ¿Ud. al paciente con osteoporosis ayuda a que realice gimnasia rítmica por un periodo de 10 minutos?			
10. ¿Ud. al familiar con osteoporosis incentiva a que flexione las rodillas llevando la cadera hacia atrás-abajo?			
II. DATOS SOBRE CUIDADOS TERAPEUTICOS			
11. ¿Ud. al familiar con osteoporosis brinda frotaciones a base de alguna pomada desinflamante?			
12. ¿Ud. al familiar con osteoporosis incentiva a participar en sesiones de tai chi?			
13. ¿Ud. al familiar con osteoporosis dirige a que realice periodos de bailo terapia?			
14. ¿Ud. al familiar con osteoporosis le administra medicamento para el dolor?			
15. ¿Ud. al familiar con osteoporosis brinda calor mediante frazadas calentadas con plancha u horno artesanal?			
16. ¿Ud. al familiar con osteoporosis brinda sesiones de hidroterapia?			
17. ¿Ud. al familiar con osteoporosis brinda periodos de crioterapia?			
18. ¿Ud. al familiar con osteoporosis brinda masajes terapéuticos para aliviar el dolor?			
19. ¿Ud. al familiar con osteoporosis le saca a la luz solar?			
20. ¿Ud. al familiar con osteoporosis le incentiva para que se de baños de sol?			
III. DATOS SOBRE CUIDADOS NUTRICIONALES			
21. ¿Ud. al paciente con osteoporosis le brinda alimentos a base de lácteos con contenido de calcio como leche, queso, yogurt?			
22. ¿Ud. al paciente con osteoporosis le brinda alimentos a base de verduras?			

23. ¿Ud. al paciente con osteoporosis le brinda alimentos que contengan calcio?			
24. ¿Ud. al familiar con osteoporosis le brinda alimentos a base de créelas como cebada, tortilla, etc.?			
25. ¿Ud. al familiar con osteoporosis le brinda alimentos que contienen aceite de hígado?			
26. ¿Ud. al familiar con osteoporosis le brinda alimentos que contengan pescado?			

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CUIDADOS DE LOS FAMILIARES A PACIENTES ADULTOS MAYORES CON OSTEOPOROSIS PADOMI- HOSITAL II
ESSALUD HUANUCO 2015.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
PROBLEMA GENERAL: ¿Cuáles son los cuidados de los familiares en pacientes	OBJETIVO GENERAL: Determinar los cuidados que brindan los familiares a pacientes adultos	HIPOTESIS GENERAL Ha: si los cuidados que brindan los familiares es adecuado entonces, los pacientes adultos mayores con osteoporosis presentan	VARIABLE DEPENDIENTE: Cuidados de los familiares a pacientes adultos mayores con	TIPO DE ESTUDIO: - Observacional - Prospectivo - Transversal - Descriptivo

adultos mayores con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015?	mayores con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015?	buena salud PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015 Ho: si los cuidados que brindan los familiares es inadecuada entonces, los pacientes adultos mayores con osteoporosis no presentan una buena salud PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015	osteoporosis. - Cuidados físicos - Cuidados terapéuticos - Cuidados nutricionales	DISEÑO Descriptivo transversal M  O DONDE: M: muestra de estudio O: observación de la muestra
--	--	---	--	---

PROBLEMA ESPECIFICO: 1. ¿Qué cuidados físicos brindan los familiares en pacientes adultos mayores	OBJETIVO ESPECIFICO: Identificar las características generales de la muestra en estudio. OBJETIVO	HIPOTESIS ESPECIFICA Ho₁: los cuidados físicos que brindan los familiares es inadecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015. Ho₂: los cuidados físicos que		Población
---	--	---	--	------------------

con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015? PROBLEMA ESPECIFICO: 2. ¿Qué cuidados terapéuticos brindan los familiares en pacientes	ESPECIFCO: Describir los cuidados físicos que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis en estudio. OBJETIVO ESPECIFCO: Describir los cuidados terapéuticos que	brindan los familiares es adecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015. HIPOTESIS ESPECIFICA Ha₁: los cuidados terapéuticos que brindan los familiares es inadecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015.		Todas las familias que tienen pacientes adultos mayores con osteoporosis. Instrumento - Entrevista - Guía de entrevista
---	--	--	--	---

adultos mayores con osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015? PROBLEMA ESPECIFICO: 3. ¿Cuáles son los cuidados nutricionales brindan los	brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis en estudio. OBJETIVO ESPECIFICO: Identificar los cuidados nutricionales	Ha₂: los cuidados terapéuticos que brindan los familiares es adecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI-HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015. HIPOTESIS ESPECIFICA Ha₁: los cuidados nutricionales que brindan los familiares es inadecuada en pacientes adultos mayores		
---	--	--	--	--

familiares en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015?	que brindan los familiares a pacientes adultos mayores con osteoporosis en estudio.	con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015. Haz: los cuidados nutricionales que brindan los familiares es adecuada en pacientes adultos mayores con osteoporosis PADOMI- HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO 2015.		
---	--	---	--	--