

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS
MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARU, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. SIDAHLIN RANCETH HUARACA
PARICAHUA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

ASESOR:

M.C. CYNTHIA CORONADO ESCALANTE

CUSCO - PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada:“**ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD : ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARU, 2025**”.....

Presentado por:**SIDAHIN RANCETH HUARACA PARICAHUA** DNI N°**72198050**.....

presentado por: DNI N°:

Para optar el título profesional/grado académico de**MÉDICO CIRUJANO**.....

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por**2**..... veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de**2**.....%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, **18** de **JUNIO** de 20 **25**.....

Cynthia Coronado Escalante

Cynthia Coronado Escalante
MÉDICO CIRUJANO CMP 62651
P GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA RNE 50190

Firma

Post firma.....*Cynthia Coronado Escalante*.....

Nro. de DNI.....**42880037**.....

ORCID del Asesor.....**0009-0000-4010-9244**.....

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **oid:**.....**272591468085533**.....

Sidahin Ranceth Huaraca Paricahua

ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:468085533

Fecha de entrega

18 jun 2025, 2:46 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

18 jun 2025, 2:59 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

La vida siempre da revanchas

Tamaño de archivo

3.8 MB

181 Páginas

45.570 Palabras

252.490 Caracteres


Cynthia Coronado Escobar
MEDICO CIRUJANO CMP 62651
P GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA RNE 001401

2% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 2%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Yynthia Coronado Escobar
Yynthia Coronado Escobar
MEDICO CIRUJANO CMP 62651
D GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA RNF 33142

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios que es el principal gestor de todas las cosas, a mis padres (Los Totis: Edwin y Zorayda), cuyo amor y sacrificio inquebrantable han sido la base de mi educación y formación personal. A mis hermanos (Santi y Fabri), y mis hijitos de 4 patas (Neguita, Huasi y Titu) por brindarme un amor incondicional. Y a mis abuelos que en paz descansen (mamá Lidia y papá Tito). A mis amigos los MEDS (JuanK, Dj Besos, Run Run, Ficus, Yuyito, Hachi y Deuca), mis compañeros de promoción (Jhoncito y Brayan) y todo los integrantes del equipo de básquet, quienes han sido luces en los días oscuros de este largo y duro viaje. A mis doctores y docentes, por su orientación y sabiduría que han guiado mi camino, realzando la labor fundamental de mi asesora la M.C. Cynthia Coronado y particularmente a todo el personal y pacientes que tuve en el último año de internado en el Hospital Antonio Lorena y del Hospital Túpac Amaru donde se recolectaron los datos que considero algo de vital importancia. Y especialmente a mi compañera de vida (Joyce), por ser mi pilar y mi inspiración en cada obstáculo que encuentro y por todo el amor y paciencia que tiene hacia mi persona. Y en general dedico esta tesis con mucha gratitud y afecto a todos aquellos que han compartido este viaje conmigo. Esto no acaba aquí, solo es el comienzo de una gran historia así que estoy seguro que llevaré orgullo a todos los que siempre me apoyaron.

AGRADECIMIENTO

En general quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han ayudado a cimentar el camino hacia mi graduación como médico.

A mi familia y seres queridos, mi mamá Zorayda Paricahua, mi papá Edwin Huaraca y mis hermanos Santied y Fabrizzio por su apoyo y comprensión inquebrantables durante las largas jornadas de estudio y práctica clínica. Mi mayor fortaleza ha sido vuestra paciencia y aliento.

A mis compañeros y amigos, los MEDS y hermanos de las ayudantías, con quienes compartí aulas, problemas y éxitos. Mi paso por la universidad y estos últimos años han sido enriquecidos por su amistad y cooperación.

A mis maestros, mentores y mi asesora, la M.C. Cynthia Coronado Escalante, quienes no solo me brindaron una amplia gama de conocimientos, sino que también me inspiraron con su vocación y amor por la medicina. Mi criterio médico ha sido influenciado por su guía invaluable y permanente.

A las personas que confiaron en mí y me permitieron que formara parte de sus historias. Cada interacción me ha enseñado la empatía y la humanidad, recordándome constantemente el valor de nuestro juramento médico.

A mi compañera de vida, mi pequeña Joyce Gamio, cuyo respaldo incondicional, afecto y empatía han sido pilares esenciales durante este proceso académico. Su capacidad para motivarme en momentos de exigencia y su firme convicción en mis capacidades han sido determinantes para sortear los obstáculos inherentes de este camino.

Este logro es el resultado del trabajo y el respaldo de muchas personas, no solo mío. Gracias a todos por formar parte de mi camino hacia la graduación como médico. Con agradecimiento y dedicación, seguiremos triunfando juntos.

CONTENIDO

Pag.

INTRODUCCIÓN	6
RESUMEN/ABSTRACT	7
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1. Fundamentación del problema.	9
1.2. Antecedentes teóricos.	11
1.3. Formulación del problema.	20
1.3.1. Problema general.	20
1.3.2. Problemas específicos.	21
1.4. Objetivos de la investigación.	21
1.4.1. Objetivo general.	21
1.4.2. Objetivos específicos.	22
1.5. Justificación de la investigación.....	22
1.6. Limitaciones de la investigación	23
1.7. Aspectos éticos.....	25
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	27
2.1. Marco teórico.	27
2.2. Definición de términos básicos.	60
2.3. Hipótesis.	61
2.3.1. Hipótesis general.....	61
2.3.2. Hipótesis específicas.....	61
2.4. Variables.	63
2.5. Definiciones operacionales.....	64
CAPÍTULO III: MÉTODOLÓGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	70
3.1. Tipo de investigación.	70
3.2. Diseño de investigación.....	70
3.3. Población y muestra.	72
3.3.1. Descripción de la población.	72
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.	72
3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo.	74
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	75
3.4.1. Técnicas de recolección de datos.	75
3.4.2. Instrumento de recolección de datos.	76

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos.	77
3.5. Plan de análisis de datos.	80
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	83
4.1. Resultados.	83
4.2. Discusión.	124
4.3. Conclusiones.	135
4.4. Sugerencias.	138
4.5. Impacto y contribución.....	142
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	143
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	144
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146
ANEXOS.....	160
ANEXO 1.- Matriz de consistencia	160
ANEXO 2.- Instrumento de investigación	164
ANEXO 3.- Consentimiento informado	167
ANEXO 5.- Validación del instrumento de investigación.....	178
ANEXO 7.- Carta de aceptación de recolección de datos.....	181

INTRODUCCIÓN

La menopausia, definida clínicamente como la ausencia de la menstruación (amenorrea) durante doce meses consecutivos, representa un evento fisiológico inherente al ciclo vital femenino. Este proceso involutivo se asocia con un conjunto de manifestaciones clínicas, como síntomas vasomotores (bochornos y diaforesis nocturna), trastornos del sueño y labilidad emocional, los cuales comprometen la funcionalidad en las actividades cotidianas. Si bien constituye un fenómeno universal, existe una heterogeneidad clínica significativa en cuanto a la severidad, cronificación e impacto multidimensional de esta sintomatología.

Además de los síntomas inmediatos, la menopausia implica riesgos a largo plazo derivados del déficit hormonal, como pérdida de densidad ósea (aumentando el riesgo de osteoporosis) y cambios en el perfil lipídico, que elevan el riesgo cardiovascular. También, dificultades cognitivas como problemas de memoria. Combinados con alteraciones en la salud urogenital (como sequedad vaginal o incontinencia), afectando la autonomía y la confianza.

Por otro lado, el impacto social y emocional de la menopausia suele subestimarse. Los cambios físicos y hormonales pueden alterar la autoimagen, influir en las dinámicas de pareja o afectar la vida laboral debido a la falta de adaptación en entornos profesionales. Culturalmente, persisten estigmas asociados al envejecimiento femenino, lo que genera sentimientos de invisibilidad o incomprensión. Muchas mujeres enfrentan esta etapa en silencio, sin redes de apoyo adecuadas, lo que agrava la sensación de aislamiento y dificulta la búsqueda de ayuda.

Sin embargo, el manejo del climaterio puede abordarse mediante un enfoque multimodal que incluye intervenciones terapéuticas para mitigar las comorbilidades asociadas. Entre estas, destacan los abordajes farmacológicos (como la terapia hormonal) y las intervenciones no farmacológicas basadas en estilos de vida saludables, que son las opciones más accesibles. El acompañamiento psicológico y el acceso a información basada en evidencia también son clave. Con una atención integral y personalizada, es posible transformar esta etapa en una oportunidad para reforzar el autocuidado y proyectarse hacia la vejez con mayor plenitud y salud.

RESUMEN/ABSTRACT

“ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARU, 2025”

Huaraca S.

Antecedentes: El climaterio es una fase crítica en la salud de la mujer, caracterizada por cambios multisistémicos que impactan en su bienestar físico, emocional y social, particularmente en zonas altoandinas como Cusco, estas transformaciones adquieren matices únicos debido a factores geográficos y culturales, existiendo pocos estudios en estas poblaciones.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida (CdV) de forma multidimensional en mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, mediante el cuestionario Menopause Quality of Life (MENQOL) y el sistema de estadificación STRAW+10.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional con enfoque correlacional a 310 mujeres entre 40 y 60 años abordadas en el Hospital Túpac Amaru II-E, usando el cuestionario MENQOL validado para su uso en español.

Resultados: Se evidenció una alta prevalencia de síntomas: 87.4% bochornos, 95.8% ansiedad/nerviosismo, 98.4% dolores articulares y 97.1% alteraciones sexuales. La CdV fue "mala" en los dominios vasomotor (60.6%), psicosocial (67.7%), físico (45.5%) y sexual (74.2%). Variables como ingresos económicos, grado de instrucción, sedentarismo y estadios STRAW+10 tardíos se asociaron significativamente con mayor deterioro. La CdV global fue "mala" en el 58.1% evidenciando un impacto multidimensional crítico durante el climaterio.

Conclusiones: El climaterio impacta severamente la calidad de vida, con síntomas prevalentes en dominios vasomotores, físicos y sexuales. Y los factores sociodemográficos, metabólico-nutricionales y ginecológicos exacerbaban este deterioro, destacando la necesidad de intervenciones integrales y políticas sanitarias enfocadas en educación, acceso a terapias y promoción de estilos de vida saludables.

Palabras clave: Climaterio, Calidad de Vida, Cuestionario MENQOL, STRAW.

ABSTRACT

“BETWEEN HOT FLASHES AND ANXIETY: MULTIDIMENSIONAL ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE IN WOMEN DURING THE CLIMACTERIC AT THE TUPAC AMARU HOSPITAL, 2025”

Huaraca S.

Background: Climacteric is a critical phase in women's health, characterized by multisystemic changes that impact on their physical, emotional and social well-being, particularly in high Andean areas such as Cusco, these transformations acquire unique nuances due to geographical and cultural factors, existing few studies in these populations.

Objective: Assessing quality of life (QoL) in a multidimensional way in women during menopause at Túpac Amaru II-E Hospital, using the Menopause Quality of Life (MENQOL) questionnaire and the STRAW+10 staging system.

Methods: A descriptive observational study with correlational approach was conducted on 310 women between 40 and 60 years of age seen at the Hospital Tupac Amaru II-E, using the MENQOL questionnaire validated for use in Spanish.

Results: A high prevalence of symptoms was evidenced: 87.4% hot flashes, 95.8% anxiety/nervousness, 98.4% joint pain and 97.1% sexual alterations. QoL was “bad” in the vasomotor (60.6%), psychosocial (67.7%), physical (45.5%) and sexual (74.2%) domains. Variables such as income, educational level, sedentary lifestyle and late STRAW+10 stages were significantly associated with greater deterioration. Overall QoL was “poor” in 58.1% evidencing a critical multidimensional impact during climacteric.

Conclusions: Climacteric severely impacts QoL, with prevalent symptoms in vasomotor, physical and sexual domains. And sociodemographic, metabolic-nutritional and gynecological factors exacerbate this deterioration, highlighting the need for comprehensive interventions and health policies focused on education, access to therapies and promotion of healthy lifestyles.

Key words: Climacteric, Quality of Life, MENQOL Questionnaire, STRAW.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema.

El término "climaterio" se refiere a un periodo de transición en la vida de una mujer que abarca los cambios fisiológicos asociados con la disminución de la función ovárica. Este periodo incluye la premenopausia, la menopausia y la postmenopausia⁽¹⁾. La menopausia, evento clínico definido por 12 meses de amenorrea consecutiva, delimita el cese permanente de la función ovárica reproductiva, caracterizado por una reducción drástica en la síntesis de estrógenos, eje fisiopatológico central, que desencadena manifestaciones clínicas y las comorbilidades asociadas al hipoestrogenismo prolongado⁽²⁾. Es importante distinguir entre estos términos, ya que el climaterio abarca un periodo más amplio de cambios hormonales y síntomas, mientras que la menopausia se refiere a un evento puntual dentro de este proceso.

La menopausia, evento fisiológico inherente al curso vital femenino que suele manifestarse entre los 40 y 60 años, constituye un desafío sanitario prioritario en el contexto de las transiciones epidemiológicas y el envejecimiento demográfico. Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2030 la población global de mujeres posmenopáusicas superará los 1.300 millones, con una tasa de crecimiento sostenido que exige políticas públicas centradas en la prevención de comorbilidades asociadas al hipoestrogenismo prolongado⁽³⁾. En 2021, las mujeres ≥ 50 años constituyeron el 26% de la población femenina global, frente al 22% registrado en 2011. Este aumento refleja una transición demográfica acelerada, vinculada al incremento de la esperanza de vida, de las cuales, aproximadamente el 50-80% experimenta síntomas vasomotores (bochornos, sudores nocturnos), mientras que un 20-30% enfrenta consecuencias graves, como osteoporosis o enfermedades cardiovasculares, derivadas del déficit estrogénico⁽⁴⁾. Estos datos reflejan una carga sanitaria creciente, especialmente en países con sistemas de salud frágiles y desigualdades en el acceso a tratamientos.

En Sudamérica, la transición demográfica hacia poblaciones envejecidas agudiza el problema. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) proyecta que, para 2050, el 25% de las mujeres de la región tendrá más de 50 años⁽⁵⁾. Un estudio multicéntrico en 2020 reveló que el 60% de las

sudamericanas menopáusicas reportan síntomas moderados a severos, pero solo el 35% recibe atención médica especializada. Además, factores socioeconómicos, como la pobreza y el limitado acceso a educación en salud, exacerbaban las complicaciones. Por ejemplo, en países como Bolivia y Paraguay, menos del 20% de las mujeres rurales accede a terapia de reemplazo hormonal, frente al 45% en zonas urbanas⁽⁶⁾.

A nivel nacional en Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que más de 4 millones de mujeres peruanas tienen entre 40 y 59 años, que son los límites máximos para el desarrollo de la menopausia⁽⁷⁾. El Ministerio de Salud (MINSA) para el 2022 indica que el 70% de ellas experimenta síntomas que afectan su calidad de vida, con un 40% que desarrolla osteoporosis antes de los 60 años. No obstante, el acceso a diagnóstico y tratamiento es inequitativo: mientras en Lima Metropolitana el 65% de las mujeres consulta a un especialista, en regiones como Huancavelica, Apurímac, Puno y Cusco, esta cifra cae al límite inferior de 15%. A esto se suma que el 80% de los casos de enfermedades cardiovasculares en mujeres peruanas posmenopáusicas no recibe seguimiento preventivo⁽⁸⁾.

Para nuestro ámbito regional la problemática adquiere matices críticos. Según el INEI, en 2023, más de 150.000 mujeres cusqueñas superan los 45 años, muchas de ellas en zonas rurales y de alta marginación⁽⁷⁾. Un estudio de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco evidenció que el 75% de las mujeres quechua-hablantes de la región presenta síntomas severos de menopausia, asociados a carencias nutricionales y altos niveles de estrés. Sin embargo, solo el 20% accede a servicios de ginecología, y el estigma cultural limita la discusión abierta sobre salud reproductiva. Esta brecha subraya la urgencia de investigar estrategias contextualizadas que integren enfoques médicos, culturales y comunitarios para mejorar la calidad de vida en esta etapa⁽⁹⁾.

A pesar de la magnitud del problema, existen vacíos en datos desagregados por regiones, así como en intervenciones que consideren las particularidades étnicas y geográficas. En Cusco, por ejemplo, no hay programas públicos específicos para mujeres menopáusicas en áreas urbanas y mucho menos en rurales, y la investigación local es escasa. Esta tesis busca aportar evidencia para diseñar políticas inclusivas, reducir inequidades y visibilizar una etapa

crucial de la salud femenina, alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su ítem 3 (Salud y bienestar) y 5 (Igualdad de género).

Finalmente, este estudio tiene como objetivo evaluar integralmente la calidad de vida durante el climaterio bajo un enfoque multidimensional, identificando las determinantes sociodemográficas, metabólico – nutricionales y ginecológicas que condicionan su bienestar holístico. El análisis se centra en mujeres en situación de vulnerabilidad socioeconómica atendidas en el Hospital Túpac Amaru, adscrito al Ministerio de Salud, empleando el MENQOL como herramienta central para un análisis multivariado que prioriza la equidad en salud reproductiva.

1.2. Antecedentes teóricos.

1.2.1. Antecedentes Internacionales.

Nissy VL, Gopinathan G, Lal SS, et al. (Kerala – India, 2025), en su estudio titulado **“Calidad de vida específica de la menopausia entre mujeres rurales: un estudio transversal comunitario”**, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia y el patrón de la CdV específica de la menopausia y los factores asociados en mujeres rurales. Se realizó un estudio transversal a 245 mujeres que alcanzaron la menopausia natural entre 40 y 60 años, usando el cuestionario MENQOL. Se evidenció una edad media de 56 años, 90% había completado la educación secundaria o superior y el 73% estaba casado, la edad de la menopausia tuvo una media de 49 años ($DE \pm 2$) donde la mayoría (87%) reportaron tener un ciclo menstrual regular antes de la menopausia y solo el 30% había buscado ayuda de profesionales de la salud. El dolor muscular y articular, fue el síntoma más frecuentes con 89%, seguido del 74% que refirió flatulencia o gases, mientras que el 68% bochornos, 7% expresó insatisfacción con su vida personal y ninguna participante manifestó deseo de estar sola. Las mujeres en el grupo de mayor edad experimentaron significativamente más síntomas físicos (8.63 ± 3.06), mientras que las del grupo de menor edad informaron síntomas vasomotores significativamente más altos (2.07 ± 1.01), empleadas informaron síntomas vasomotores (1.84 ± 1.08) y psicosociales (2.17 ± 1.57) significativamente más altos. Las con estatus socioeconómico bajo informaron síntomas significativamente más altos en todos los dominios (V: 1.88 ± 1.21 , P: 2.45 ± 1.59

y F: 9.17 ± 2.85) excepto en el dominio sexual y las físicamente inactivas más síntomas en los dominios vasomotor (1.73 ± 1.19) y psicosocial (2.05 ± 1.49). Se concluyó que los síntomas de la menopausia son comunes y el autocuidado es la principal estrategia para aliviarlos, siendo importante educar a las mujeres sobre los síntomas comunes de la menopausia y la importancia de recibir atención médica adecuada⁽¹⁰⁾.

Kyrkou GA, Karozi E, Bothou, et al. (Atenas – Grecia, 2024), en su estudio titulado “**Menopausia y calidad de vida entre las mujeres griegas en zonas rurales**”, cuyo objetivo fue evaluar los síntomas de la menopausia e investigar su impacto en la calidad de vida de las mujeres. Se realizó un estudio descriptivo observacional que incluyó 150 mujeres entre 40 y 60 años, usando el cuestionario MENQOL. Se evidenció una edad media de 52.3 años (DE=2.3 años) con un último período menstrual medio a los 50.7 años (DE=2.7), la mayoría de 59 (39.3%) habían terminado la secundaria, y 65 (43.3%) se dedicaban al trabajo doméstico. La mayoría refirió sentirse ansioso o nervioso (64.7%) seguido de los clásicos bochornos (63.3%), insatisfechas con su vida personal (60%), cambios en su deseo sexual 54.7%, luego sequedad vaginal durante las relaciones sexuales (48.7%). Los participantes que trabajaban reportaron 0.89 puntos ($p=0.023$) más de malestar, las mujeres fumadoras presentaron una media de 0.68 puntos ($p=0.014$) más baja para el dominio psicosocial y las que tomaban medicación una media de 0.77 puntos ($p=0.005$) más para el mismo dominio y adicionalmente el físico. Y la edad más avanzada en la fecha de la última menstruación se asocia con síntomas más leves ($p=0.028$) en el dominio sexual. Solo el factor de la toma de medicamentos se relacionó significativamente con la puntuación total del MENQOL pero es previsible que una mujer que reporta una alta molestia sintomática en una dimensión también reporte una mayor molestia en las demás. Se concluyó que la menopausia se asocia con múltiples síntomas que afectan la calidad de vida, debiéndose informar sobre los métodos y tratamientos para mejorarla⁽¹¹⁾.

Deb A, Rath K, Nayak N, et al. (Bengala Occidental – India, 2024), en su estudio titulado **“Un estudio para evaluar la prevalencia de los síntomas de la menopausia y su impacto en la calidad de vida de las mujeres menopáusicas en una comunidad urbana, Calcuta”**, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de los síntomas menopáusicos y su impacto sobre la calidad de vida. Se realizó un estudio transversal en 400 mujeres de 45 a 50 años de una comunidad urbana, utilizándose el cuestionario MENQOL. Se evidenció que en su mayoría tenían entre 45-46 años (48%), era ama de casa (66%), siendo todos de clase media baja y baja alta. En relación a las manifestaciones clínicas, 97.75% presentaron bochornos, 98% refirieron sentirse ansiosas y nerviosas, 94% problemas de memoria, 81.75% flatulencias y dolores abdominales, 89.25% falta de energía, 68.25% dificultad para dormir, 74.25 dolor lumbar y 45.35% sequedad vaginal. Del total, solo un 9% presento un impacto severo y 73% un impacto moderado en el dominio vasomotor, siendo el más afectado, para el dominio psicosocial 64.25% de impacto moderado, y teniendo un impacto mínimo de síntomas para los dominios físico y sexual. Evidenciando significancia estadística en la edad entre 49 y 50 años y que sea ama de casa, para mayor severidad de síntomas y mayor impacto en la calidad de vida, principalmente en los dominios vasomotor y psicosocial, pero existiendo en su mayoría un impacto moderado en todos los dominios. Se concluye que casi todas las áreas o dominios evaluados se vieron afectados en las mujeres menopáusicas, incluso con distinciones sociodemográficas⁽¹²⁾.

Jahangirifar M, Islam RM, Davis SR, et al. (Melbourne – Australia, 2024), en su estudio titulado **“La prevalencia y gravedad de los síntomas vasomotores y sexuales entre mujeres refugiadas en Australia”**, cuyo objetivo fue documentar la prevalencia y la gravedad de los síntomas vasomotores (VMS) y los síntomas sexuales entre mujeres refugiadas. Se realizó un estudio transversal que incluyó a 333 mujeres refugiadas de 18 a 63 años, reclutadas en centros comunitarios y redes sociales, usando el cuestionario MENQOL para evaluar la calidad de vida y medir los síntomas. Se obtuvo una media de edad de 40 años, 8% perimenopáusicas y 29.2% posmenopáusicas. La mayoría de las mujeres nacieron en Afganistán (58.4%), identificándose como asiáticas (80.5%) con visas de refugiados. Solo 34.7% tenían educación superior a la

secundaria, 12% estaban empleadas y 24.7% eran obesas. La prevalencia de síntomas vasomotores estuvo presente en 66.7% de las mujeres perimenopáusicas y 43.2% de las posmenopáusicas, teniendo los bochornos un impacto moderado a grave en el 25% de perimenopáusicas y 11.6% de posmenopáusicas, cambios en el deseo sexual de moderado a grave en 12.5% en perimenopáusicas y 12.6% de posmenopáusicas, sequedad vaginal durante las relaciones sexuales de 12.5% en perimenopáusicas y 16.8% de posmenopáusicas. Existiendo una diferencia significativa entre los estados de la menopausia ($p=0.0001$) para síntomas vasomotores y sexuales; y que las mujeres que informaron haber tenido relaciones sexuales durante el último mes tenían significativamente más probabilidades de experimentar cualquier síntoma sexual ($OR=3.3$, $IC95\%$ 1.6-6.5; $p=0.001$) y síntomas sexuales moderados a graves ($OR=2.9$; $IC95\%$ 1.0-8.2; $p=0.045$). Se concluyó que se debe fundamentar la realización de intervenciones con sensibilidad cultural para mejorar la calidad de vida de estas mujeres vulnerables⁽¹³⁾.

Baral S y Kaphle HP (Gandaki – Nepal, 2023), en su estudio titulado “**Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres menopáusicas: estudio transversal en Pokhara, Nepal**”, cuyo objetivo fue evaluar los factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud entre las mujeres menopáusicas. Se realizó un transversal y cuantitativo incluyó a 249 mujeres posmenopáusicas (50-59 años), evaluadas mediante la escala MRS. La edad promedio fue 54.96 años (± 2.91 DE), y el 51.4% presentó deterioro significativo de la calidad de vida (puntuación MRS ≥ 9), evidenciando una alta prevalencia de sintomatología climatérica moderada a grave. El logro educativo [$OR=5.779$, $IC95\%$ (2.029-16.459)], el estado de consumo de alcohol [$OR=8.006$, $IC95\%$ (2.016-31.785)] y la actividad física [$OR=5.746$, $IC95\%$ (1.144-28.872)] fueron significativos. Y las mujeres que trabajaban en el gobierno o en el sector privado tenían [$OR=24.750$, $IC95\%$ (2.886-212.229)] de tener una buena calidad de vida. Se concluyó que la menopausia causa problemas somáticos, psicológicos y urogenitales, y está asociada a múltiples factores sin embargo, la concientización y la intervención son esenciales para mejorar la CdV⁽¹⁴⁾.

Hutchings HA, Taylor N, Remesh A y Rafferty J (Swansea – Reino Unido, 2023), en su estudio titulado “**Estudio que evalúa la calidad de vida y los factores que la afectan ante, durante y después de la menopausia**”, cuyo objetivo fue determinar si la CdV cambia antes, durante y después de la menopausia y si están relacionados con algunos factores intervinientes. Se realizó un estudio observacional transversal a 279 mujeres entre 35 y 60 años aplicando la encuesta genérica SF-36 y la encuesta UQOL. Se evidencio que la media estuvo entre 51 y 55 años, 100 (35.8%) se encontraban en la perimenopausia siendo el grupo mayor seguido de 65 (23.3%) en la premenopausia, 191 (68.4%) tenían el peso por encima de lo saludable. En relación a la sintomatología más del 50% presentaron problemas de memoria, dificultad para dormir, ansiedad, dolor articular y disminución de la actividad sexual. En el análisis univariado se evidenció que los puntajes fueron mejores significativamente en las mujeres premenopáusicas, disminuyeron en las etapas peri y menopáusicas y mejoraron nuevamente en la post (58.71 ± 11.04 , 52.64 ± 12.04 54.24 ± 11.88 y 58.88 ± 12.15 ; $p < 0.001$), pero solo para la encuesta SF-36, solo la subescala emocional UQOL fue significativamente diferente. Y según el modelo multivariado tener un sobrepeso importante (-3.573 , $p = 0.026$ para UQOL y -1.573 , $p = 0.032$ para SF-36), el consumo de alcohol por lo menos 2 veces por semana (2.721 , $p = 0.045$ solo para UQOL), realizar ejercicio por lo menos 2 veces por semana (4.555 , $p = 0.023$ para UQOL y 2.745 , $p = 0.001$ para SF-36), cantidad de síntomas menopausicos especialmente sexuales (2.416 , $p = 0.001$) resulto en una peor calidad de vida. Se concluye que existe una tendencia hacia una peor CdV en las etapas peri y menopáusicas, siendo las peores la que más síntomas tuvieron, y es alentadora una mejora en el periodo postmenopausico⁽¹⁵⁾.

Espitia FJ (Magdalena – Colombia, 2022), en su estudio titulado “**Prevalencia y caracterización de los síntomas de la menopausia en mujeres climáticas del Eje Cafetero, 2018-2020**”, cuyo objetivo fue establecer la frecuencia y analizar las manifestaciones clínicas de la menopausia en mujeres en etapa climática residentes en la región del Eje Cafetero de Colombia. Se realizó un estudio transversal observacional que incluyó a 594 mujeres mayores de 45 años sexualmente activas que no reciben terapia hormonal, usando el

cuestionario MENQOL. Se evidenció una edad media de 49.28 ± 6.17 años, donde el 84.5% era posmenopáusica temprana, 92.76% eran católicas, 77.94% pertenecía al Sistema de Seguridad Social en Salud contributivo, 87.37% residía en el área urbana, 67.67% pertenecía a la clase socioeconómica media, un 47.97% era ama de casa, 77.94% consumía alcohol, 42,92% eran sedentarios, 14.98% eran fumadores y el 5.89% reportó consumo de sustancias psicoactivas. La edad media del último periodo menstrual fue de 48.71 ± 4.93 años, y la media de años de sintomatología fue de 3.19 ± 2.48 años. La prevalencia de síntomas menopáusicos fue de 71.88%, presentando la mayoría bochornos (71.88%), seguido de nerviosismo (63.13%), insomnio (54.88%), artralgia y mialgias (16.83%) y parestesias (17.34%). Los promedios más altos del MENQOL corresponden a la dimensión vasomotora (7.13 ± 2.54) y psicosocial (6.48 ± 2.17), seguidos de los dominios físico (4.52 ± 1.28) y sexual (3.96 ± 1.11). Se concluye que existe un deterioro de la CdV en más de 2/3 de las participantes, a expensas de síntomas vasomotores, siendo necesario que los profesionales de la salud exploren el impacto negativo del climaterio y brindar soluciones oportunas⁽¹⁶⁾.

Llango KE y Céspedes JC (Ambato – Ecuador, 2022), en su estudio titulado “**Calidad de vida de mujeres en etapa de menopausia**”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida en mujeres climatéricas residentes en el barrio San Martín (Latacunga, Ecuador). Se realizó un diseño observacional, descriptivo y transversal en 80 mujeres en etapa de climaterio (40-59 años), aplicando la escala MRS. La media de edad fue 48.38 años (± 5.14 DE). La sintomatología más prevalente incluyó manifestaciones depresivas (66%), irritabilidad (66%) y dolores musculoesqueléticos (65%). Según los dominios del MRS, el 71% presentó afectación somática, el 68% alteraciones en la dimensión psicológica y el 59% disfunciones en el componente urogenital. Al estratificar por gravedad, el perfil sintomático se distribuyó en: leves (26.25%), intolerables (22.50%), severas (15%), moderadas (13.75%) y asintomáticas (22.5%), evidenciando un gradiente clínico heterogéneo en esta población. Se concluye que las mujeres en climaterio presentaron una prevalencia elevada de alteraciones de salud, pero mayoritariamente leves, resaltando la necesidad de atención médica sintomatológica y apoyo psicoafectivo familiar para optimizar su adaptación durante esta transición vital⁽¹⁷⁾.

Tadayon M, Sayahi R, Mousavi P, et al. (Ahvāz – Irán, 2022), en su estudio titulado “**Asociación entre el apoyo social y la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas**”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el apoyo social y la CdV en mujeres posmenopáusicas para resolver sus problemas físicos, mentales y sociales en fin de mejorar la salud de la familia y la sociedad. Se realizó un estudio transversal que incluyó a 158 participantes de 40 a 65 años, usando el cuestionario MENQOL. Se evidenció una edad promedio de 56.74 ± 4.76 años y una duración promedio de la menopausia de 7.77 ± 5.12 años, la mayoría eran amas de casa (78.5%), más de la mitad (60.8%) tenían educación secundaria, solo 14.6% reportó bienestar financiero y el 17.1% reportó problemas financieros graves. Hubo una relación inversa significativa entre el área vasomotora y la edad ($r = -0.228$, $p = 0.004$), con el período de menopausia ($r = -0.231$, $p = 0.003$), entre las dos variables de ingresos mensuales ($r = 0.174$, $p = 0.029$), con el área psicosocial ($r = -0.268$, $p = 0.001$) y el puntaje general de CdV ($r = 0.215$, $p = 0.007$). Las dos variables de educación del cónyuge y la dimensión psicosocial también tuvieron una relación inversa ($r = 0.238$, $p = 0.003$) y con las la puntuación total ($r = 0.210$, $p = 0.008$). Por la prueba de correlación con el apoyo social, se observó una relación inversa (Coeficiente de correlación de Pearson de $-0,281$ y $p = 0.0001$, con un R^2 ajustado que significa que puede predecir la CdV en un 7%. Se concluyó que hay una conexión importante en la que un mayor respaldo social se asocia con una mejor CdV en la mujeres posmenopausicas y para alcanzar este propósito, es esencial que las entidades responsables desarrollen una planificación más eficaz y políticas mejor diseñadas⁽¹⁸⁾.

Barati M, Akbari-Heidari H, Samadi-Yaghin E, et al. (Hamadan – Irán, 2021), en su estudio titulado “**Factores asociados a la calidad de vida en mujeres posmenopáusicas**”, cuyo objetivo fue analizar la prevalencia sintomatológica y sus determinantes asociados a la CdV. Se realizó un estudio transversal en 270 mujeres (45 a 60 años) adscritas a los centros de salud de Hamadan, mediante muestreo aleatorio estratificado utilizandose el cuestionario MENQOL. Se evidenció una edad media de 52.19 ± 3.98 años en un rango de 45-60 años. Hubo una asociación significativa ($p < 0.01$), la situación económica baja y media (2.76 ± 1.04 y 2.41 ± 1.0), el tabaquismo (3.67 ± 0.85), el ejercicio < 3 veces por semana (3.27 ± 0.9), la ingesta suplementaria de Omega-3 (2.65 ± 0.97) y la etapa

posmenopáusica pasando ≥ 5 años (2.63 ± 1.16). Y en relación a las puntuaciones, el síntoma más dominante fue el dolor músculo/articular con un 91.1% (4.38 ± 1.87), seguido de falta de energía con 87.8% (3.53 ± 1.70) y disminución de la fuerza física con 86.3% (3.53 ± 1.81). Siendo los síntomas vasomotores los que tuvieron la puntuación más alta (2.80 ± 1.94), y los síntomas sexuales los más bajos (2.12 ± 1.79). Se concluyó que el aumento de la expectativa de vida entre estas mujeres será posible mediante la implementación de intervenciones educativas efectivas, siendo esencial mejorar los niveles de actividad física⁽¹⁹⁾.

Kalhan M, Singhanía K, Choudhary P, et al. (Haryana – India, 2020), en su estudio titulado **“Prevalencia de los síntomas de la menopausia y su efecto en la calidad de vida entre mujeres rurales de mediana edad (40 a 60 años) de Haryana, India”**, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia epidemiológica de la sintomatología climatérica y su impacto multidimensional en la calidad de vida de mujeres rurales. Se realizó un diseño transversal-descriptivo en 400 participantes (40 a 60 años), seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio. Se usó la escala MRS evidenciando una edad media de 53.6 ± 5.1 , de las cuales 344 (86%) eran posmenopáusicas y 56 (14%) en el perimenopáusico, 340 (85%) sujetos del estudio no tenían dismenorrea, 394 (98.5%) de los sujetos del estudio tenían ciclos regulares, la mayoría tenían ansiedad (80%), seguida de agotamiento físico y mental (71.5%), problemas de sueño (61.2%) e irritabilidad (60.7%), curiosamente el síntoma más clásico, los bochornos, se informó en el 36.7%. De los once síntomas menopáusicos, los bochornos, la sudoración ($p < 0.003$) y el malestar articular y muscular ($p < 0.014$) fueron significativamente diferentes entre los grupos posmenopáusicos y perimenopáusicos. Finalmente la calidad de vida fue mala en 281 (70.2%), siendo los psicológicos los principales (70.8%). Se concluyó que para mejorar la calidad de vida y disminuir los síntomas menopáusicos, se debería tener un enfoque holístico con modificaciones del estilo de vida y del comportamiento⁽²⁰⁾.

Souza GE, Prates A, Santos FP, et al. (Minas Gerais – Brasil, 2020), en su estudio titulado “**Calidad de vida en mujeres climatéricas asistida desde atención primaria de salud**”, cuyo objetivo fue que evaluar la calidad de vida y los factores asociados de mujeres climatéricas. Se realizó un estudio analítico-transversal que incluyó a 849 mujeres, usando la escala MENQOL donde el 45% tenía de 52 y 65 años y mayormente en fase posmenopáusica (43%). Además, el 44% poblacional registró ingresos familiares inferiores al salario mínimo vigente, que refleja una vulnerabilidad económica, presentaban sobrepeso (73.4%) y actividad física irregular (55.5%) y teniendo como morbilidad más prevalente a la hipertensión arterial (46%). En el dominio vasomotor, las variables predictoras con mayor asociación estadística fueron: sintomatología climatérica severa (6.92 ± 1.89 ; $p < 0.001$), IMC elevado (4.21 ± 2.68 ; $p = 0.006$), trastornos del sueño (4.27 ± 2.67 ; $p = 0.022$) y fase posmenopáusica (4.14 ± 2.71 ; $p < 0.001$). En el ámbito psicosocial, destacaron la severidad sintomática (5.58 ± 1.63 ; $p < 0.001$) y las alteraciones del sueño (4.0 ± 1.74 ; $p < 0.001$). Respecto al dominio sexual, los predictores significativos incluyeron síntomas intensos (4.87 ± 1.58 ; $p < 0.001$), trastornos del sueño (3.56 ± 1.66 ; $p < 0.001$) y edad avanzada (3.66 ± 1.71 ; $p < 0.001$). Se concluyó que los síntomas climatéricos de alta severidad, las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, el IMC elevado (sobrepeso/obesidad) y el estatus posmenopáusico se asociaron significativamente con un mayor deterioro multidimensional en la CdV, por lo que se recomienda priorizar estrategias de salud pública que integren estos predictores clave en abordajes preventivos, educativos y terapéuticos⁽²¹⁾.

1.2.2. Antecedentes Nacionales.

Canaza J y Mamani C (Juliaca – Perú, 2021), en su estudio titulado “**Calidad de vida en las mujeres en la fase del climaterio en el primer nivel de atención**”, cuyo objetivo fue realizar una evaluación integral de la CdV de las mujeres durante el climaterio en atención primaria. Se realizó un estudio descriptivo y no experimental en 169 mujeres mediante un muestreo probabilístico aleatorizado simple usando el cuestionario MRS. Resultando que la mayoría tenía entre 35 y 45 años (60.9%), 126 (74.6%) no trabaja, 79 (46.7%) tenía solo primaria completa, 125 (74%) era de estado civil conviviente. Tuvo

como resultado que 109 (64.5%) una alteración en la CdV incluyendo a casos moderado, severos e intolerables. En la dimensión somática, 39.1% presento una perdida moderada, en la psicológica 43.8% perdida moderada, 36.7 se mantuvo asintomático en la urológica. Se concluyó que las mujeres climatéricas atendidas en centros de atención primaria evidencian un deterioro clínico moderado en su CdV, lo que subraya la necesidad de protocolos de seguimiento integrados que prioricen la evaluación multidimensional de síntomas en contextos de alta demanda asistencial⁽²²⁾.

Muñoz KM, Ordinola CM y Herrera YI (Amazonas – Perú, 2021), en su estudio “**Calidad de vida y autoestima en mujeres en etapa de menopausia, Jazán, Perú**”, cuyo objetivo analizar la correlación entre la CdV climatérica y los niveles de autoestima en mujeres residentes en el barrio Nueva Esperanza (Bongará, Amazonas) durante el periodo 2020. Se realizó un diseño observacional-analítico de enfoque cuantitativo en 40 mujeres (40-55 años), aplicando el cuestionario MRS para evaluar la CdV y la Escala de Autoestima de Rosenberg, permite cuantificar la autopercepción emocional en contextos de transición biológica. Resultó que 2.5% presento autoestima baja, 27.5% autoestima media y 70% autoestima alta, 7.5% CdV baja, 17.5% buena y 75% alta. Para validar la hipótesis, se aplicó la prueba de χ^2 de Pearson (Chi-cuadrado), obteniendo un valor calculado de 14.092 (gl=4, p=0.007), el cual superó el valor teórico crítico (9.49; $\alpha=0.05$), confirmando una correlación significativa entre calidad de vida y autoestima (p<0.05). Se concluyó que el 65% de las participantes presentaron niveles altos de autoestima y CdV, un hallazgo alentador que respalda la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambos constructos medidos mediante instrumentos psicométricos validados⁽²³⁾.

1.3. Formulación del problema.

1.3.1. Problema general.

¿Cuál es la calidad de vida de forma multidimensional en mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, mediante el cuestionario MENQOL y según los estadios STRAW+10, correlacionados con las variables sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas en el año 2025?

1.3.2. Problemas específicos.

- ¿Qué síntomas existen en las mujeres durante el climaterio en el dominio vasomotor y cuál es su impacto en la calidad de vida evaluado mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?
- ¿Qué síntomas existen en las mujeres durante el climaterio en el dominio psicosocial y cuál es su impacto en la calidad de vida evaluado mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?
- ¿Qué síntomas existen en las mujeres durante el climaterio en el dominio físico y cuál es su impacto en la calidad de vida evaluado mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?
- ¿Qué síntomas existen en las mujeres durante el climaterio en el dominio sexual y cuál es su impacto en la calidad de vida evaluado mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas de las mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?
- ¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas con la calidad de vida durante el climaterio, evaluada mediante los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?
- ¿Qué relación existe entre los estadios del sistema STRAW+10 con la calidad de vida durante el climaterio y los puntajes de los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?
- ¿Cuál es la calidad de vida de forma global en mujeres durante el climaterio mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?

1.4. Objetivos de la investigación.

1.4.1. Objetivo general.

Determinar la calidad de vida de forma multidimensional en mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, mediante el cuestionario MENQOL y según los estadios STRAW+10, correlacionados con las variables sociodemográficas metabólico-nutricionales y ginecológicas en el año 2025.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio vasomotor y su impacto en la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.
- Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio psicosocial y su impacto en la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.
- Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio físico y su impacto en la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.
- Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio sexual y su impacto en la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.
- Describir las características sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas de las mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.
- Establecer la relación entre las variables sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas con la calidad de vida durante el climaterio, evaluada mediante los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.
- Establecer y analizar la relación entre los estadios del sistema STRAW+10 con la calidad de vida durante el climaterio y los puntajes de los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.
- Determinar la calidad de vida global en mujeres durante el climaterio mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

1.5. Justificación de la investigación.

Con todo lo expuesto previamente sabemos que la menopausia es una etapa crítica en la vida de las mujeres y en el contexto de Cusco región andina con particularidades socioculturales, geográficas y económicas, es fundamental investigar cómo las mujeres experimentan esta transición. Y aquí, existen escasos estudios que aborden esta problemática desde una perspectiva

multidimensional, y esta falta de datos también limita las políticas de salud pública y estrategias de atención, siendo evidente que investigar este fenómeno permitirá identificar brechas, recursos médicos y apoyo psicosocial, especialmente en zonas rurales y urbano-marginales.

Y analizando directamente el método de medición, el cuestionario MENQOL es una herramienta validada internacionalmente que evalúa los dominios clave mencionados. Y que permite establecer comparaciones con estudios realizados en otras regiones o países, identificar los síntomas más prevalentes para generar datos cuantitativos y cualitativos, facilitando también su uso en futuras intervenciones.

Y en general la investigación científica sigue siendo aún un área en desarrollo y poco promovida en nuestra región; por lo que resulta fundamental generar resultados más representativos y aplicables (accesibles y de aplicación descentralizada, como los cambios de estilo de vida). Además, se abre la posibilidad de fomentar futuras investigaciones que incorporen el uso de terapia de reemplazo hormonal.

El estudio es factible debido a su diseño que implica buen manejo de variables debido a que no son numerosas y con un tiempo razonable para poder analizarlas bien, adecuada población y de fácil accesibilidad, bajos costos (uso de cuestionarios de recolección de datos) además del personal para la recolección que se encuentra capacitado del Hospital Túpac Amaru Nivel II-E, el cual también es un hospital con gran afluencia que viene coberturando múltiples áreas locales e incluso de referencia.

1.6. Limitaciones de la investigación

La validez metodológica de este estudio está condicionada por el rigor científico en el registro de datos por parte de los recolectores y por limitaciones intrínsecas al diseño no experimental transversal, incluyendo sesgos contextuales externos al control del investigador y variables confusoras propias del enfoque no experimental transversal. En primer lugar, al ser un estudio transversal, solo permite capturar una instantánea de la experiencia menopáusica en un momento específico, lo que limita la comprensión de cómo evolucionan los síntomas y su

impacto a lo largo del tiempo. Además no se permite establecer relaciones causales entre variables, a esto se suma la posible falta de adaptación cultural del MENQOL en poblaciones indígenas o rurales, afectando la precisión de las respuestas, que también no aborda dimensiones como el acceso a medicina tradicional o el rol de la espiritualidad, lo que podría subestimar aspectos clave.

Por otro lado, las barreras geográficas y logísticas en Cusco, podrían limitar la representatividad de la muestra, excluyendo a mujeres de zonas remotas con menor acceso a servicios de salud. Esto generaría un sesgo de selección, ya que los resultados reflejarían predominantemente la realidad de mujeres urbanas o periurbanas. Además, factores como el analfabetismo o la desconfianza hacia investigaciones externas podrían dificultar la recolección de datos precisos.

Posibles Sesgos del Estudio

- **Sesgo de selección:** Riesgo de incluir predominantemente mujeres de áreas urbanas o accesibles, excluyendo a poblaciones rurales o de difícil acceso.
- **Sesgo de memoria:** Subjetividad en el autorreporte de síntomas, especialmente en mujeres que experimentaron la menopausia años atrás, llevando a subestimación o exageración de experiencias.
- **Sesgo de deseabilidad social:** Tendencia a responder según lo socialmente aceptado, minimizando síntomas por vergüenza o normalización cultural de molestias (principalmente al mencionar problemas sexuales).
- **Sesgo de información:** Errores en la aplicación del MENQOL debido a malentendidos lingüísticos o culturales, especialmente en poblaciones quechuahablantes o con bajo nivel educativo.
- **Sesgo de no respuesta:** Exclusión de mujeres que rechacen participar por desconfianza o falta de interés, alterando la composición final de la muestra.

Estos sesgos requieren estrategias de mitigación, como la validación cultural, el muestreo estratificado y la triangulación con métodos cualitativos para contextualizar las respuestas.

1.7. Aspectos éticos.

La información obtenida será tratada con estricta confidencialidad usando los resultados exclusivamente con fines académicos con el objetivo de aportar al conocimiento y promulgar el desarrollo de futuras investigaciones. Por otro lado, el marco metodológico de esta investigación se adhirió estrictamente a los principios bioéticos fundamentales de la Declaración de Helsinki, documento internacional que enfatiza la relevancia de garantizar la integridad, confidencialidad y consentimiento informado en protocolos de investigación con participación humana⁽²⁴⁾. Por lo que en concordancia con el compromiso ético-profesional, el personal médico está obligado a salvaguardar la integridad física, el bienestar holístico y los derechos fundamentales de los participantes, principios rectores que se aplicaron rigurosamente en el marco bioético de esta investigación, alineándose con estándares internacionales previamente mencionados⁽²⁵⁾.

Debiendo de saber que el objetivo primordial de la investigación clínica en seres humanos es profundizar en el entendimiento de las etiologías, la fisiopatología y los efectos de las enfermedades, así como optimizar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, para garantizar su seguridad, eficacia, efectividad, accesibilidad y calidad⁽²⁵⁾.

Se respetarán los principios éticos establecidos en el *Informe Belmont*, fundamentados en los preceptos del *Código de Núremberg*, los cuales establecen las directrices éticas para la protección de los sujetos humanos en investigación. Estos principios incluyen el respeto por la autonomía de los individuos, reconociendo a los participantes como agentes autónomos con capacidad de toma de decisiones informadas. Asimismo, se garantizará el principio de beneficencia, asegurando el bienestar de los sujetos, minimizando los riesgos y maximizando los beneficios potenciales del estudio. Adicionalmente, se aplicará el principio de no maleficencia, evitando causar daño innecesario o injustificado a los participantes⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Respetándose integralmente los principios éticos mencionados, asegurando que los beneficios potenciales justifiquen los riesgos asociados. Asimismo, se implementará el consentimiento informado, el cual incluye tres elementos

esenciales: (1) la provisión de información clara y completa sobre el estudio, (2) la comprensión adecuada por parte del participante y (3) la voluntariedad en la decisión de participar. Además, se garantizará una selección adecuada y sistemática de los sujetos, evitando sesgos y asegurando que la inclusión sea equitativa y justificada científicamente⁽²⁷⁾.

La ejecución de este proyecto estará sujeta a la aprobación de los especialistas del Servicio de Ginecología y Obstetricia, la Dirección y el Comité de Ética del Hospital Túpac Amaru, previo a su ejecución.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico.

La menopausia constituye un evento fisiológico caracterizado por la interrupción definitiva del ciclo menstrual, resultante del agotamiento de la reserva folicular ovárica y el hipoestrogenismo progresivo asociado al declive endocrino propio del envejecimiento reproductivo. Siendo un proceso natural, que ocurre alrededor de los 49 a 51 años en promedio⁽²⁹⁾. Y pudiendo ser influenciadas por una variedad de factores sociodemográficos, psicológicos y culturales, lo que puede influir en su disposición a buscar atención médica y en su aceptación de la terapia hormonal⁽³⁰⁾, incluyendo disparidades raciales que también afectan la aparición, gravedad y frecuencia de los síntomas menopáusicos⁽³¹⁾.

Y en resumen, la experiencia de la menopausia es multifacética que está influenciada por una combinación de factores y tener un enfoque integral que incluya intervenciones basadas en la evidencia y que sea culturalmente sensible puede mejorar significativamente la CdV durante esta transición.

2.1.1. Conceptualización

- **Menopausia:** Interrupción definitiva de la menstruación, lo que constituye el término de la etapa reproductiva en la mujer. Su diagnóstico clínico requiere la confirmación retrospectiva de amenorrea (ausencia de sangrado menstrual) durante 12 meses consecutivos, en ausencia de etiologías orgánicas o iatrogénicas identificables^(32,33).
- **Climaterio:** Es el período de transición en la vida de una mujer que abarca desde el inicio de la perimenopausia hasta la postmenopausia. Tiempo en el cual las mujeres experimentan una serie de cambios hormonales que pueden afectar su calidad de vida^(1,31).

2.1.2. Estadificación

Con la información disponible sobre las manifestaciones endocrinas y clínicas de la transición menopáusica se desarrolló un sistema de estadificación que ahora se considera el estándar de oro para caracterizar el envejecimiento

reproductivo⁽³⁴⁾ que es la estadificación STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop) desarrollado en 2001⁽³⁵⁾ y actualizado en 2012 (STRAW +10). Este modelo se basa en marcadores hormonales, patrones menstruales y síntomas asociados⁽³⁴⁾. A continuación, se detallan sus fases:

1. Etapa Reproductiva

• Etapa -5 (Temprana)

- **Características:** Ciclos menstruales regulares, alta reserva ovárica.
- **Hormonas:** Niveles normales de FSH, estradiol y AMH (hormona antimülleriana).
- **Edad:** Hasta mediados de los 20-30 años.

• Etapa -4 (Pico reproductivo)

- **Características:** Máxima fertilidad, ciclos regulares.
- **Hormonas:** AMH elevada, FSH estable.
- **Edad:** Aproximadamente 25-38 años.

• Etapa -3 (Tardía)

- **Características:** Reserva ovárica en declive, ciclos aún regulares.
- **Hormonas:** AMH disminuye, FSH comienza a aumentar levemente.
- **Edad:** Hasta finales de los 30-40 años.

2. Transición Menopáusica

• Etapa -2 (Temprana)

- **Características:** Variabilidad menstrual, con ciclos irregulares con diferencias ≥ 7 días entre dos ciclos consecutivos, sin amenorrea prolongada (>60 días). Refleja el inicio del declive ovárico, con folículos restantes menos sensibles a la FSH.
- **Hormonas:**
 - **FSH:** Elevada en fase folicular (15-25 UI/L), por menor retroalimentación inhibitoria de los folículos.
 - **AMH:** Muy baja (<1 ng/mL), indicando reserva ovárica mínima.

- **Estradiol (E2):** Oscila entre normal y bajo, dependiendo de la actividad folicular residual.
 - **Síntomas:** Bochornos ocasionales (20-30% de mujeres), alteraciones del sueño leve y fatiga, con cambios sutiles en la lubricación vaginal o estado de ánimo.
 - **Duración:** Comienza 2-8 años antes de la menopausia, con progresión variable entre mujeres.
- **Etapa -1 (Tardía)**
 - **Características:** Amenorrea intermitente con intervalos sin menstruación ≥ 60 días (ej.: 3-6 meses sin sangrado). Representa el agotamiento folicular avanzado, con ovarios incapaces de mantener ciclos regulares.
 - **Hormonas:**
 - **FSH:** >25 UI/L (en fase folicular), fluctuando por intentos fallidos de reclutar folículos.
 - **Estradiol (E2):** Oscilaciones bruscas (picos altos seguidos de caídas repentinas).
 - **Progesterona:** Muy baja, por anovulación crónica.
 - **Síntomas:** Bochornos intensos (aprox. 80% de mujeres), sequedad vaginal, insomnio persistente y labilidad emocional. Evidencia de mayor riesgo de disfunción sexual (dolor durante el coito).
 - **Duración:** 1-3 años antes de la menopausia, culminando con el último período menstrual (FMP).

3. Menopausia (Etapa 0)

- **Características:** Última menstruación (FMP), confirmada retrospectivamente tras 12 meses de amenorrea. Marca el cese definitivo de la función ovárica reproductiva.
- **Hormonas:**
 - **FSH:** >40 UI/L (estabilizado en niveles postmenopáusicos).
 - **Estradiol (E2):** <30 pg/mL, sin fluctuaciones significativas.
 - **AMH/Inhibina B:** Indetectables.

- **Síntomas:** Pico de síntomas vasomotores (bochornos intensos, sudores nocturnos), inicio de atrofia urogenital (sequedad vaginal, disuria) y cambios metabólicos (aumento de peso abdominal).
- **Edad:** Promedio de 51 años (rango: 45-55).
- **Factores influyentes:** Genética, tabaquismo, quimioterapia o cirugías pélvicas.

4. Posmenopausia

- **Etapa +1 (Temprana)**

- **+1a (Postmenopausia Inicial)**

- **Duración:** Primeros 12 meses después del último periodo menstrual.
- **Hormonas:** FSH aumenta progresivamente y estradiol (E2) disminuye drásticamente. AMH, inhibina B y AFC muy bajos (agotamiento folicular).
- **Características:** Bochornos y sudores nocturnos muy probables e intensos.

- **Etapa +1b (Postmenopausia de Transición)**

- **Duración:** Segundo año después del último periodo menstrual y año previo a la estabilización hormonal (antes de la etapa +1c).
- **Hormonas:** FSH sigue aumentando, E2 sigue disminuyendo, alcanzando niveles más bajos que en +1a.
- **Características:** Síntomas vasomotores aún prevalentes, pero en transición, declive hormonal residual.

- **Etapa +1c (Postmenopausia Estabilizada)**

- **Duración:** Comienza tras la estabilización hormonal (sin límite fijo, pero por consenso entre 2 a 6 años después del FMP).
- **Hormonas:** FSH y E2 se estabilizan (altos y bajos, respectivamente). Producción de estrógenos depende de fuentes no ováricas.

- **Características:** Síntomas vasomotores pueden disminuir, aumento de síntomas urogenitales (atrofia vaginal, sequedad, incontinencia).
- **Etapa +2 (Tardía)**
 - **Duración:** Comienza aproximadamente 6 años después de la menopausia y se extiende de por vida.
 - **Características y riesgos principales:** Fase de riesgo silencioso que requiere enfoque multidisciplinario para prevenir complicaciones crónicas y mantener calidad de vida.
 - **Osteoporosis/fracturas:** Pérdida acelerada de masa ósea por déficit estrogénico prolongado.
 - **Enfermedades cardiovasculares:** Aterosclerosis, hipertensión e infartos (principal causa de mortalidad).
 - **Atrofia urogenital:** Sequedad vaginal, incontinencia e infecciones urinarias recurrentes (afecta al 50-70%).
 - Otros efectos: Deterioro cognitivo, pérdida de colágeno en la piel y alteraciones metabólicas (resistencia a la insulina).
 - **Hormonas:** FSH mantiene niveles altos y estables, Estradiol (E2) muy bajo y AMH, inhibina B y AFC Indetectables, confirmando agotamiento folicular irreversible.

Nota (Según STRAW +10):

“**Perimenopausia**”: No se define como una etapa independiente, sino que se corresponde con la transición menopáusica (etapas -2 y -1) y el primer año de la posmenopausia (etapa +1a). Sin embargo, el término clínico suele abarcar los cambios biológicos y sintomáticos que ocurren antes y después de la menopausia⁽³⁴⁾.

2.1.3. Tipos

2.1.3.1. Menopausia natural

La menopausia natural constituye el cese definitivo de la función menstrual y reproductiva, proceso inherente al ciclo vital femenino, generado por la depleción folicular ovárica progresiva y el hipoestrogenismo secundario al envejecimiento

cronológico del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Se caracteriza por una disminución gradual de estrógenos y progesterona, que inicia años antes del cese menstrual. Y dicho hipoestrogenismo aumenta el riesgo de osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y atrofia urogenital. Su manejo incluye terapia hormonal para síntomas severos, modificaciones en el estilo de vida y seguimiento de riesgos crónicos⁽³⁶⁾.

2.1.3.2. Menopausia quirúrgica

La menopausia quirúrgica es una condición inducida por la extirpación bilateral de los ovarios (ooforectomía), lo que provoca una interrupción abrupta de la producción hormonal (estrógenos, progesterona). Puede ocurrir a cualquier edad generando así síntomas intensos y repentinos, como bochornos severos, sequedad vaginal y alteraciones del sueño. Al carecer de una transición hormonal previa, conlleva mayores riesgos de osteoporosis precoz, enfermedades cardiovasculares aceleradas y disfunción cognitiva, especialmente si ocurre antes de los 45 años. Su manejo requiere TRH inmediata en mujeres jóvenes sin contraindicaciones, junto con apoyo psicológico y abordaje multidisciplinario para mitigar impactos físicos y emocionales⁽³⁷⁾.

2.1.4. Manifestaciones clínicas

Bochornos

Los bochornos representan la manifestación clínica más prevalente durante la transición menopáusica y etapa posmenopáusica (clasificados dentro del espectro vasomotor), presentando una incidencia aproximada del 80% en esta población. Sin embargo, solo entre el 20% y 30% de las afectadas acuden a servicios médicos especializados para su manejo terapéutico⁽³⁸⁾. Algunas mujeres desarrollan por primera vez bochornos durante el punto más bajo de la secreción de estradiol en los últimos años reproductivos, pero estos síntomas suelen ser leves y no requieren tratamiento. Y cuando los episodios vasomotores (sudoración excesiva y bochornos) se manifiestan durante el periodo nocturno, suelen denominarse generalmente "sudores nocturnos", incluido en el cuestionario MENQOL⁽³⁹⁾.

- **Síntomas:** Como una sensación repentina de calor centrada en la parte superior del pecho y la cara que rápidamente se generaliza, que dura de 2 a 4 minutos, suele estar asociada a una transpiración profusa y palpitations, ocasionalmente seguida de escalofríos y temblores. Suelen producirse varias veces al día, en rango variable pero especialmente frecuentes durante la noche⁽⁴⁰⁾.

Existe variabilidad geográfica por ejemplo, entre las mujeres estadounidenses y japonesas, la prevalencia de casos moderados a severos es del 35 y 15%, respectivamente⁽⁴¹⁾. En Europa un mínimo del 31% en Francia y un máximo del 52% en Italia. Y actualmente sin razones aun claras⁽⁴²⁾. Y con respecto a la duración se pensaba que disminuyen y desaparecen en unos pocos años sin embargo pueden persistir hasta 20 años después del fin de la menstruación⁽⁴³⁾.

- **Impacto en la Calidad de Vida:** En mujeres con ≥ 7 síntomas vasomotores diarios de intensidad moderada a grave, se documenta un compromiso funcional significativo en:
 - **Dominio del sueño:** Trastornos del ciclo sueño-vigilia (94%).
 - **Esfera cognitiva:** Deterioro en la capacidad de concentración (84%).
 - **Salud mental:** Labilidad emocional y sintomatología ansioso-depresiva (85%).
 - **Energía vital:** Fatiga crónica y astenia (77%).
 - **Sexualidad:** Disminución de la actividad íntima (61%).

Estos hallazgos, respaldados por estudios epidemiológicos recientes, subrayan la necesidad de abordajes clínicos integrales para mitigar el impacto multisistémico de la sintomatología climatérica grave⁽⁴⁴⁾. Y también tienen un impacto negativo en los resultados laborales con inasistencias, reducción de horas, despidos y cambios de trabajo⁽⁴⁵⁾.

Depresión

Existe un riesgo significativamente mayor durante la transición menopáusica que luego disminuye en la posmenopausia temprana. Siendo 2.5 veces más frecuente que en la premenopáusica (OR=2.50; IC95% 1.25-5.02). Esta

asociación es más marcada en mujeres con antecedentes de depresión o un problema del estado de ánimo⁽⁴⁶⁾.

Trastornos del sueño

Los bochornos son más comunes durante la noche y están asociados con el despertar. No obstante, una subpoblación significativa presenta alteraciones del ciclo sueño-vigilia independientes de la sintomatología vasomotora, registrando una prevalencia promedio del 32% al 40% durante la transición menopáusica temprana (Etapa -2, STRAW+10), la cual incrementa al 38%-46% en la transición tardía (Etapa -1)⁽⁴⁷⁾. Las alteraciones primarias del ciclo sueño-vigilia, como el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) y el síndrome de piernas inquietas (SPI), se documentaron en el 53% de la cohorte, ya sea de forma aislada o coexistente⁽⁴⁸⁾.

Cambios cognitivos

Existe evidencia biológica sugiriendo que el estrógeno es importante para la función cognitiva. Durante la transición menopáusica se describe síntomas como olvidos, dificultades para recordar palabras y "niebla mental"⁽⁴⁹⁾. Sin embargo, algunas pruebas sugieren que en la mediana edad temprana, las mujeres parecen superar a los hombres en tareas de memoria, pero con el inicio de la menopausia y la disminución del estradiol sérico, cualquier ventaja de memoria disminuye⁽⁵⁰⁾. En el *Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*, no se identificó un deterioro significativo de las funciones cognitivas (memoria, atención ejecutiva). Sin embargo, las comorbilidades ansioso-depresivas demostraron un impacto independiente y negativo en la funcionalidad neurocognitiva, lo que subraya la necesidad de abordajes clínicos holísticos durante el climaterio para mitigar este efecto multifactorial⁽⁵¹⁾.

Síndrome genitourinario

Denominado actualmente síndrome genitourinario de la menopausia (GSM), engloba las manifestaciones clínicas multisistémicas derivadas de modificaciones estructurales y funcionales en tejidos del tracto urogenital inferior (labios mayores/menores, clítoris, vagina, uretra y vejiga) secundarias al hipoestrogenismo prolongado. Estas alteraciones suelen manifestarse de

manera tardía en comparación con otros síntomas climatéricos⁽⁵²⁾. Desde una perspectiva fisiopatológica, se evidencia una reducción del flujo sanguíneo perivaginal y vulvar, lo que genera alteraciones en la lubricación intrínseca durante la excitación sexual y atrofia del epitelio vaginal. Este fenómeno se correlaciona clínicamente con dispareunia (coito doloroso) y disfunción sexual, constituyendo un compromiso funcional de aparición tardía en el climatérico⁽⁵³⁾.

Otros

- **Dolores y molestias articulares:** La prevalencia documentada alcanza hasta el 50%-60%, con mayor riesgo en mujeres con obesidad (IMC ≥ 30) y/o trastornos depresivos mayores. Aún no se ha esclarecido si su etiopatogenia se vincula predominantemente al hipoestrogenismo o a mecanismos reumatológicos subyacentes (artritis reumatoide, fibromialgia)⁽⁵⁴⁾, no obstante, en la *Women's Health Initiative (WHI)*, se observó mejoría sintomática significativa con terapia combinada de estrógenos equinos conjugados y acetato de medroxiprogesterona, evidenciando su repercusión clínica significativa en poblaciones climatéricas⁽⁵⁵⁾.
- **Dolor de mamas:** El dolor y la sensibilidad en las mamas son comunes en la transición menopáusica temprana, pero disminuyen posteriormente⁽⁵⁶⁾.
- **Migrañas catameniales:** Cefaleas primarias vinculadas al ciclo menstrual, cuya frecuencia e intensidad se exacerban durante la transición menopáusica (Etapa +1 según STRAW+10), posiblemente asociadas a fluctuaciones estrogénicas periovulatorias. Según estudios longitudinales, este fenómeno neurovascular se correlaciona con alteraciones en el dominio físico del MENQOL⁽⁵⁷⁾.

Consecuencias a largo plazo

- **Pérdida ósea:** Comienza durante la transición menopáusica, evidenciando pérdida de densidad mineral ósea durante el año anterior a la menopausia y los dos años posteriores⁽⁵⁸⁾.
- **Enfermedad cardiovascular:** El riesgo cardiovascular aumenta después de la menopausia debido a la deficiencia de estrógenos, mediado

principalmente por la alteración de los perfiles lipídicos⁽⁵⁹⁾. En el estudio SWAN se documentó un incremento significativo en las concentraciones séricas de lipoproteínas de baja densidad (LDL) del 6% (de 116 mg/dL a 123 mg/dL) durante la etapa posmenopáusica temprana (+1a). Sin embargo, no se identificaron variaciones significativas en los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL)⁽⁶⁰⁾.

- **Demencia:** Relacionado a la función cognitiva general⁽⁴⁹⁾.
- **Artrosis:** Existe relación pero actualmente los datos son limitados⁽⁶¹⁾.
- **Composición corporal:** Durante la etapa posmenopáusica temprana (+1a), se evidencia un incremento del tejido adiposo visceral y una reducción progresiva de la masa muscular esquelética (sarcopenia incipiente), fenómenos vinculados al hipoestrogenismo y la redistribución adiposa. No obstante, el incremento ponderal durante la mediana edad no se correlaciona directamente con el estatus menopáusico per se, sino con factores metabólicos independientes (resistencia a la insulina, sedentarismo), descartándose una relación causal exclusiva⁽⁶²⁾.
- **Cambios dermatológicos:** Asociadas al déficit de colágeno tipo I y III secundario al hipoestrogenismo, que desencadena un envejecimiento dérmico acelerado, caracterizado por la formación de ritides (arrugas profundas), pérdida de elasticidad cutánea y disfunción de la barrera epidérmica. Estos cambios, documentados en estudios histopatológicos, se correlacionan con el dominio físico del MENQOL, evidenciando su impacto en la calidad de vida vinculada a la percepción de la imagen corporal durante el climaterio⁽⁶³⁾.
- **Alteraciones del equilibrio postural:** El hipoestrogenismo se asocia a disfunciones neurovestibulares (alteraciones en la integración sensorial del sistema nervioso central) y sarcopenia dinámica (pérdida de masa muscular y velocidad de contracción), factores que incrementan el riesgo de caídas. Este fenómeno, sumado a la osteoporosis posmenopáusica (disminución de la densidad mineral ósea), explica la mayor incidencia de fracturas de Colles (antebrazo distal) en mujeres climatéricas, incluso ante traumas de baja energía. El *Study of Osteoporotic Fractures (SOF)* demostró que las mujeres posmenopáusicas con deterioro del equilibrio

tienen un RR=1.8 (IC95%:1.3-2.5) de fracturas por fragilidad, independiente de la DMO. La WHI observó que la terapia hormonal redujo un 33% las caídas recurrentes ($p<0.01$) y un 24% las fracturas no vertebrales ($p=0.03$), sugiriendo un efecto protector estrogénico sobre la función neuromuscular y ósea⁽⁶⁴⁾.

2.1.5. Etiología

Durante el climaterio, se evidencia una depleción progresiva de los folículos ováricos secundaria a procesos de atresia folicular y la ovulación⁽⁶⁵⁾. Lo que conlleva a una reducción de las células de la granulosa, principales responsables de la síntesis de estradiol e inhibina B. Paralelamente, se observa un descenso en las concentraciones de hormona antimülleriana (AMH)⁽⁶⁶⁾. Resultando en un aumento de la producción de la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), alterando el eje hipotálamo-hipofisario-ovárico. Resultando en una falla del desarrollo endometrial causando irregularidad de los ciclos menstruales⁽⁶⁷⁾.

Las primeras manifestaciones inician con una fase folicular acortada que resulta en menstruaciones más frecuentes y de mayor duración. Pudiendo ser ciclos anovulatorios y causar sangrado uterino anormal, concluyendo en la detención permanente de esta. También al mantenerse niveles basales de testosterona con un descenso abrupto de estrógenos, se establece un desequilibrio androgénico relativo (razón testosterona/estrógeno elevada), asociado a potenciales manifestaciones hiperandrogénicas clínicamente significativas⁽⁶⁸⁾.

2.1.6. Fisiopatología

La menopausia en sí constituye un evento fisiológico (normal) a medida que las mujeres envejecen, caracterizado por la depleción de folículos primordiales lo que causa incapacidad de respuesta a la estimulación gonadotrópica de la FSH, resultando en la disminución de la producción de estrógenos y al cese de la menstruación. La producción residual de estrógenos postmenopáusicos deriva principalmente de la aromatización periférica de andrógenos suprarrenales (testosterona), proceso mediado por tejidos adiposos y hepáticos, lo que explica la heterogeneidad sintomática entre individuos⁽⁶⁹⁾.

Aunque la prevalencia global de sintomatología climatérica supera el 80%, su expresión clínica exhibe una variabilidad interindividual marcada, influenciada por determinantes multifactoriales⁽¹⁵⁾:

- **Moduladores epigenéticos:** Etnia, índice de masa corporal, estado nutricional.
- **Factores exógenos:** Tabaquismo (acelera depleción folicular), sedentarismo, exposición a disruptores endocrinos.
- **Comorbilidades:** Patología ginecológica previa (síndrome de ovario poliquístico), enfermedades crónicas metabólicas o autoinmunes.
- **Determinantes socioambientales:** Acceso a salud, nivel educativo, estrés psicosocial.

Esta multidimensionalidad fisiopatológica subraya la necesidad de enfoques personalizados en el manejo del climaterio, integrando no solo parámetros hormonales, sino también el contexto biopsicosocial de cada paciente⁽⁶⁸⁾.

2.1.7. Histopatología

La menopausia induce remodelaciones a nivel microscópico multisistémicas^(70,71), aunque este apartado se enfocará en las alteraciones ginecológicas asociadas a la hipoestrogenemia crónica.

Ovarios

La reserva folicular está determinada genéticamente y establecida durante la vida fetal, alcanza su número máximo y finito en el período neonatal (≈ 1 millón de folículos primordiales). Los cuales durante la pubertad se reducen a ≈ 300.000 folículos, iniciándose un proceso continuo de atresia folicular que culmina en la escasez folicular posmenopáusica (agotamiento de unidades funcionales), implicando no solo una depleción cuantitativa sino también un deterioro cualitativo de los ovocitos residuales, evidenciado por:

- **Acortamiento telomérico:** Disfunción en la reparación del ADN y senescencia celular.
- **Disfunción mitocondrial:** Reducción de la producción de ATP y aumento del estrés oxidativo.

- **Alteraciones en la matriz extracelular:** Fibrosis estromal progresiva y pérdida de la arquitectura cortical.

Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a esta senescencia ovárica acelerada (ej. vías de apoptosis, regulación de genes de longevidad) permanecen parcialmente desconocidos a nivel molecular⁽⁷²⁾.

Tracto urogenital

El hipoestrogenismo posmenopáusico desencadena un **síndrome genitourinario de la menopausia (GSM)**, caracterizado por⁽⁷³⁾:

- **Atrofia vulvovaginal:**
 - **Epitelio vaginal no queratinizado:** Adelgazamiento (↓ capas celulares), pérdida de glucógeno y reducción de lactobacilos acidófilos, con alcalinización del pH vaginal (↑ >5.0).
 - **Transformación epitelial:** Predominio de células parabasales en frotis vaginales (índice de maduración ↓).
 - **Inflamación crónica:** Infiltrado linfocitario perivascular y fragilidad capilar (eritema, petequias).
- **Cambios estructurales:**
 - **Estenosis del introito vaginal:** Contracción del tejido conectivo subepitelial.
 - **Acortamiento y estrechamiento vaginal:** Pérdida de elasticidad por ↓ colágeno y elastina.
 - **Atrofia uretrovesical:** Epitelio uretral adelgazado con ↑ riesgo de disfunción del esfínter urinario.

Estas modificaciones histomorfológicas reflejan una respuesta tisular dependiente de estrógenos, cuya ausencia perpetúa un microambiente vulnerable a infecciones, dispareunia y disfunción urinaria. La gravedad del GSM varía según la densidad de receptores estrogénicos tisulares y factores coadyuvantes⁽⁷³⁾.

2.1.8. Diagnóstico

Mujeres típicas (> 45 años)

Cambios en la regularidad intermenstrual, ya sea asociadas o no a sintomatología climatérica (ej: bochornos [dominio vasomotor], alteraciones del ciclo sueño-vigilia [dominio físico], sintomatología depresiva [dominio psicosocial], sequedad vulvovaginal o dispareunia [dominio sexual]), constituyen un marcador clínico temprano de la transición menopáusica (Etapa -2, STRAW+10)⁽³⁸⁾. No se requiere una concentración alta de hormona folículo estimulante (FSH) sérica para realizar el diagnóstico⁽⁷⁴⁾. No existe un método confiable pero el nivel de AMH altamente sensible⁽⁷⁵⁾.

El diagnóstico clínico de menopausia se define tras 12 meses de amenorrea secundaria (cese menstrual permanente), en ausencia de etiologías iatrogénicas, orgánicas o fisiológicas alternativas (ej: hiperprolactinemia, hipotiroidismo). A diferencia de protocolos anteriores, no es obligatoria la determinación de niveles elevados de FSH sérica, ya que su fluctuación durante la perimenopausia limita su utilidad diagnóstica⁽³⁷⁾.

Mujeres entre 40 y 45 años

El diagnóstico de la transición menopáusica temprana sigue los mismos criterios que en mujeres ≥ 45 años (12 meses de amenorrea). Sin embargo, en pacientes < 45 años, es imperativo descartar etiologías subyacentes de alteraciones menstruales secundarias mediante estudios endocrinológicos específicos: cuantificación de gonadotropina coriónica humana (β -hCG), prolactina sérica, TSH, FSH y estradiol. Esta evaluación excluye patologías como hiperprolactinemia, disfunción tiroidea o fallo ovárico prematuro (POI), asegurando que el diagnóstico se alinee con protocolos clínicos actualizados y evite confundir el climaterio fisiológico con comorbilidades tratables⁽⁷⁶⁾.

Mujeres < 40 años

En mujeres < 40 años con amenorrea secundaria y sintomatología climatérica (bochornos, trastornos del sueño), no debe aplicarse el diagnóstico de transición menopáusica ni menopausia. Estas pacientes presentan insuficiencia ovárica

primaria (IOP), anteriormente denominada fallo ovárico prematuro (FOP), una condición clínica definida por⁽⁷⁷⁾:

- Amenorrea ≥ 4 meses antes de los 40 años.
- Niveles elevados de FSH (>25 UI/L en dos mediciones con intervalo ≥ 4 semanas).
- Depleción folicular ovárica confirmada por ecografía transvaginal (recuento de folículos antrales <5) o AMH <1 ng/mL.

Prevalencia: Afecta al 1% de mujeres <40 años y al 0.1% <30 años.

Etiología:

- **Genética (30%):** Síndrome de Turner (45,X), premutación del gen FMR1.
- **Autoinmune (10%):** Asociada a tiroiditis de Hashimoto o enfermedad de Addison.
- **Iatrogénica (25%):** Post-quimioterapia/radioterapia.
- **Idiopática (35%):** Sin causa identificable.

Impacto clínico:

- **Riesgo cardiovascular:** 2.5 veces mayor que mujeres eutímicas (HR=2.5; IC95%:1.8-3.4), según POI Registry.
- **Osteoporosis:** Reducción del 12% en DMO lumbar a los 5 años del diagnóstico.
- **Calidad de vida:** Deterioro multidimensional (dominios físico, sexual y psicosocial del MENQOL), con prevalencia de ansiedad/depresión del 40%.

Manejo:

Terapia hormonal sustitutiva (THS) hasta la edad promedio de menopausia natural (51 años), con mejora del 67% en sintomatología vasomotora y protección ósea.

Situaciones especiales

- **Mujeres con trastornos del ciclo menstrual subyacentes:** La estadificación STRAW no se aplica, como el síndrome de ovario

poliquístico (SOP) o la amenorrea hipotalámica, que pueden desarrollar ciclos más regulares en sus últimos años reproductivos, por razones no claras. Se sugiere medir FSH con fines diagnósticos⁽⁷⁸⁾.

- **Mujeres que toman anticonceptivos orales:** Se consideran seguros en las no fumadoras, y principalmente dichas mujeres que los toman quieren estar seguras antes de dejarlo, siendo difícil de determinar si ha ocurrido la menopausia. Se sugiere suspender la píldora y medir la FSH sérica entre dos y cuatro semanas después. Un valor ≥ 25 UI/L indica probable transición menopáusica⁽⁷⁹⁾.
- **Posthisterectomía o ablación endometrial:** No se puede determinar utilizando criterios de sangrado menstrual. Se realiza la evaluación de los síntomas menopáusicos y los datos bioquímicos, con una FSH sérica >25 UI/L⁽⁸⁰⁾.

2.1.9. Tratamiento

Según el *North American Menopause Society Position Statement* del 2022 el tratamiento y manejo de la menopausia se centran en minimizar los síntomas y prevenir las complicaciones a largo plazo. Siendo su uso más favorable cuando se inicia durante la década siguiente a la menopausia y antes de cumplir los 60 años de edad, con el fin de mitigar el incremento del riesgo cardiovascular asociado^(37,81).

Definiciones y objetivos

La Terapia Hormonal Menopáusica (THM) corresponde a un concepto integral que abarca dos enfoques: la utilización de estrógenos exclusivos en pacientes histerectomizadas y la combinación de estrógeno-progestina en mujeres con útero funcional. Este término sustituyó a la antigua denominación 'terapia de reemplazo hormonal sustitutiva' (TRH), actualizada para reflejar protocolos clínicos contemporáneos y precisión terminológica⁽⁸¹⁾.

La finalidad central de la THM radica en mitigar los bochornos y otros síntomas estrógeno-dependientes vinculados a la transición menopáusica y posmenopausia, requiriendo en estos casos la prescripción de estrógenos sistémicos. A diferencia de aquellas que requieren terapia exclusiva para el

síndrome genitourinario menopáusico (SGM), donde se emplean formulaciones vaginales en bajas concentraciones.

- **Estrógenos:** Todos los estrógenos han demostrado eficacia en la reducción de los bochornos⁽⁸²⁾. Un metanálisis de 24 estudios, que incluyó a 3329 mujeres posmenopáusicas, evidenció una reducción promedio del 75% en la frecuencia y severidad de estos episodios (-18 bochornos semanales; IC95%: -22,86 a -12,99)⁽⁸³⁾. Un metanálisis comparativo evaluó las pautas posológicas de diversos estrógenos, incluyendo 17-beta estradiol (oral 1 mg/día o transdérmico 0.05 mg/día) y estrógenos conjugados equinos (0.625 mg/día), sin hallar diferencias significativas en su eficacia terapéutica. Esta uniformidad sugiere que la selección de la dosis podría priorizar el perfil de seguridad y tolerabilidad⁽⁷⁷⁾.

En relación a la vía de administración, el estrógeno está disponible en diversas presentaciones: oral, transdérmica, geles, lociones tópicas, y anillos vaginales, e incluso como implante subcutáneo. Al no observarse diferencias significativas entre las formulaciones, la selección de la vía de administración se fundamenta en las preferencias individuales, la accesibilidad farmacológica y la factibilidad económica, factores determinantes para la adherencia terapéutica⁽⁸⁴⁾.

Pero con mayor frecuencia se inicia el tratamiento con una preparación transdérmica u oral. Debiéndose evitar en mujeres con hipertrigliceridemia, enfermedad vesicular activa o trombofilias conocidas. Algunas diferencias adicionales entre estas preparaciones incluyen que los estrógenos orales tienen efectos más favorables en el perfil lipídico, aumentan la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) y aumentan la globulina transportadora de tiroxina (TBG) disminuyendo la tiroxina biodisponible (T4)⁽⁸⁵⁾.

- **Progestinas:** En mujeres con útero intacto, la terapia con estrógenos sistémicos requiere la adición concomitante de progestinas para prevenir el desarrollo de hiperplasia endometrial, complicación que puede surgir en períodos tan breves como seis meses con el uso de terapia estrogénica sin oposición⁽⁸⁶⁾. La progesterona micronizada natural oral (200 mg/día en ciclos de 12 días mensuales o 100 mg/día continua) constituye la primera

elección en terapia combinada. Su administración nocturna se sugiere para contrarrestar el efecto sedante atribuido a sus metabolitos activos, optimizando así la tolerabilidad del régimen terapéutico⁽⁸⁷⁾.

La progestina sintética con mayor evidencia científica para la protección endometrial es el acetato de medroxiprogesterona (MPA: 2.5 mg/día), empleada en el estudio Women's Health Initiative. No obstante, su uso combinado con estrógenos conjugados se ha asociado a un incremento en la incidencia de enfermedad coronaria y cáncer mamario⁽⁵⁵⁾. Las pacientes que reciben dosis estándar de estrógeno requieren la administración cíclica mensual de progestágenos, mientras que aquellas bajo regímenes de menor dosificación (0,014 mg de estradiol transdérmico) necesitan ciclos reducidos de progestágeno (dos ciclos anuales de 12 días). Los efectos adversos frecuentes incluyen mastalgia, alteraciones del estado anímico y distensión abdominal, particularmente asociados a la terapia con progestina. Y el sangrado vaginal se presenta en casi todas las mujeres que reciben regímenes cíclicos de estrógeno-progestina y es común en los primeros meses del regimen⁽⁸⁸⁾.

- **Tibolona:** Este esteroide sintético de acción selectiva, cuya metabolización genera compuestos con actividad estrogénica, androgénica y progestagénica, mitiga los síntomas vasomotores, aunque con menor eficacia comparativa frente a la terapia estrogénica convencional. Además, ejerce un efecto osteoprotector sobre la densidad mineral ósea (DMO) y podría modular positivamente la sintomatología asociada a la disfunción sexual. Sin embargo, su uso se vincula con un incremento en la probabilidad de recidiva en cáncer mamario y una asociación potencial con eventos cardiovasculares adversos, factores críticos en la evaluación riesgo-beneficio individualizada durante el climaterio⁽⁸⁹⁾.
- **Terapias farmacológicas no hormonales:** Alternativas como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS; paroxetina 7.5 mg/día o escitalopram 10-20 mg/día) actúan modulando la neurotransmisión serotoninérgica, reduciendo los bochornos en un 40-60% según ensayos controlados. La gabapentina (300-900 mg/día), un

modulador de canales de calcio, disminuye la frecuencia de síntomas vasomotores en un 50% al inhibir la hiperexcitabilidad neuronal hipotalámica, con mayor eficacia en síntomas nocturnos. El fezolinetant, antagonista del receptor de neuroquinina 3 (NK3), bloquea la señalización de las neuronas KND y en el hipotálamo, demostrando en estudios fase III una reducción del 70% en bochornos moderados-graves vs. placebo ($p < 0.001$), sin riesgos tromboembólicos asociados a estrógenos. Estas opciones son clave en pacientes con contraindicaciones para THM, priorizando la seguridad y su impacto en dominios del MENQOL como el sueño y el equilibrio emocional⁽⁹⁰⁾.

Terapia no farmacológica

Las modificaciones en el estilo de vida constituyen la piedra angular del manejo no farmacológico de la menopausia, ofreciendo amplios beneficios para el alivio de los síntomas y la salud a largo plazo. La interconexión de estos cambios es fundamental; una mejora en un área a menudo repercute positivamente en otras, creando un ciclo virtuoso de bienestar^(91,92).

- **Modificaciones dietéticas**

- **Dieta mediterránea:** Enfocada en frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, frutos secos y aceite de oliva. Limita carne roja, lácteos y alcohol. Beneficia síntomas menopáusicos, salud ósea, cardiovascular y cerebral.
- **Control glucémico:** Evitar alcohol y azúcar refinado; priorizar comidas balanceadas con proteínas, grasas saludables (aguacate, pescado) y carbohidratos complejos.
- **Fibra, calcio y vitamina D:** Aumentar fibra para salud intestinal. Consumo diario de 1200 mg de calcio (lácteos, verduras) y 800-1000 UI de vitamina D (salmón, suplementos) para prevenir osteoporosis.
- **Evitar:** Cafeína, alcohol, picantes y exceso de sal para reducir bochornos, retención de líquidos y mejorar el sueño.

- **Actividad Física**
 - **Ejercicio combinado:** Aeróbico (30 min/día, 5 días/semana), fuerza (pesas, 2 veces/semana) y flexibilidad/equilibrio (yoga, Tai Chi).
 - **Beneficios:** Alivia bochornos, controla peso, mejora ánimo, sueño, salud ósea y cardiovascular, y regula hormonas como el cortisol.
- **Higiene del Sueño**
 - **Ambiente y rutina:** Habitación fresca/oscura; horario regular de sueño; evitar pantallas y estimulantes nocturnos.
 - **Manejo de bochornos:** Enfriamiento ambiental y siestas cortas diurnas si hay fatiga.
 - **Rutina relajante:** Lectura o baño tibio antes de dormir.
- **Manejo del Estrés**
 - **Técnicas de relajación:** Respiración profunda (6 respiraciones/minuto), meditación, yoga y Tai Chi para reducir ansiedad y presión arterial.
 - **Apoyo social y psicológico:** Grupos de apoyo o terapia cognitivo-conductual (TCC) para gestionar pensamientos negativos.

Sinergia y Beneficios a Largo Plazo

- **Efecto sinérgico:** Mejorar un área (ej: sueño) impacta positivamente en otras (ánimo, fatiga).
- **Prevención de enfermedades:** Reduce riesgos de osteoporosis, diabetes, enfermedades cardiovasculares y promueve un envejecimiento saludable.
- **Enfoque holístico:** Pequeños cambios generan beneficios acumulativos, destacando la importancia de adoptar estos hábitos como inversión en salud permanente.

2.1.10. Calidad de Vida

Definición

La calidad de vida (CdV) representa una construcción multidimensional que enfrenta desafíos epistemológicos y metodológicos persistentes, reflejando tanto divergencias técnicas como debates filosóficos en su conceptualización⁽⁹³⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la percepción subjetiva de la posición vital del individuo en su contexto sociocultural, alineada con sus valores, metas personales, normas sociales y prioridades existenciales. Esta definición adquiere relevancia operativa en el climaterio, donde múltiples herramientas permiten cuantificar cómo los cambios fisiológicos y psicosociales impactan dominios específicos de la CdV, desde la salud física hasta la adaptación emocional⁽⁹⁴⁾.

Principios de la concepción de la CdV⁽⁹⁵⁾

1. **Indicadores universales:** Integra parámetros comunes relevantes para poblaciones diversas (educación, salud física/mental, discapacidades intelectuales, envejecimiento, dinámicas familiares), independientemente de contextos específicos o necesidades especiales.
2. **Satisfacción y desarrollo:** Se materializa al garantizar la cobertura de necesidades básicas y facilitar oportunidades de crecimiento en dimensiones prioritarias para el individuo (salud, relaciones, autonomía).
3. **Dualidad subjetiva-objetiva:** Combina componentes medibles (ej. acceso a servicios) y percepciones individuales, siendo estas últimas el eje central para evaluar la experiencia vital.
4. **Autonomía individual:** Se fundamenta en la autodeterminación, priorizando elecciones personales, control sobre decisiones vitales y adaptación a prioridades evolutivas.
5. **Multidimensionalidad contextual:** Emerge de la interacción dinámica entre factores intrínsecos (valores, salud) y ambientales (redes sociales, condiciones laborales, acceso educativo, estabilidad socioeconómica).

Principios para la aplicación de la CdV

La CdV debe⁽⁹⁵⁾:

1. **Promoción del bienestar integral:** Priorizar la optimización holística de las dimensiones física, emocional y social del individuo, trascendiendo la mera ausencia de patologías.
2. **Enfoque culturalmente sensible:** Adaptar intervenciones considerando la identidad cultural, étnica y los valores contextuales que definen las expectativas de vida del sujeto.
3. **Transformación multisistémica:** Impulsar cambios escalables en niveles individuales, programáticos, comunitarios y nacionales, integrando políticas públicas con acciones localizadas.
4. **Fortalecimiento de la agencia individual:** Maximizar la autonomía decisional y el acceso a oportunidades en actividades, intervenciones y contextos sociosanitarios críticos.
5. **Evidencia basada en dominios clave:** Generar datos rigurosos para identificar indicadores predictores de CdV óptima y evaluar la eficacia de intervenciones en la mejora de recursos estratégicos (educación, salud, empleo).

Calidad de Vida relacionada a la Salud

La salud, como eje central de la calidad de vida (CV), ha sido tradicionalmente evaluada mediante parámetros clínicos objetivos y métodos diagnósticos cuantificables, enfoque que frecuentemente omite la experiencia subjetiva del individuo sobre su bienestar⁽⁹⁶⁾. Esta brecha metodológica resalta la necesidad de incorporar la autopercepción del paciente, su sensación de plenitud y su capacidad funcional en contextos cotidianos, dando origen al constructo "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS). En el contexto del climaterio, la CVRS adquiere relevancia operativa al integrar, a través de instrumentos como el MENQOL, la dimensión biomédica con la vivencia personal, orientando intervenciones que equilibren evidencia clínica y necesidades individuales⁽⁹⁷⁾.

“La CVRS se refiere al nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud”

2.1.11. Cuestionarios para la evaluación de la CVRS

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) constituye una valoración subjetiva del impacto funcional y psicoemocional de una condición patológica o su abordaje terapéutico, donde individuos con un mismo diagnóstico pueden reportar niveles dispares de CVRS debido a la variabilidad interindividual en expectativas y estrategias de adaptación. Por ello, su medición debe fundamentarse en la autopercepción del sujeto, priorizando su narrativa personal sobre juicios externos para garantizar una evaluación fiel a su experiencia vital⁽⁹⁸⁾.

Durante las últimas dos décadas, se han desarrollado numerosos instrumentos en formato de cuestionarios destinados a cuantificar este constructo abstracto y subjetivo, transformándolo en una variable mensurable. Estos se clasifican en dos categorías: genéricos (aplicables a poblaciones diversas) y específicos, diseñados para condiciones o patologías particulares, como el cuestionario MENQOL en el contexto de la menopausia. Este último permite evaluar de manera dirigida el impacto del climaterio en dimensiones clave de la calidad de vida, priorizando síntomas y desafíos únicos de esta etapa⁽⁹⁹⁾.

1. Cuestionarios genéricos

Los instrumentos de calidad de vida (CdV) miden la autopercepción del bienestar integral del individuo, integrando dimensiones físicas, emocionales y sociales en un constructo multidimensional. Aunque permiten comparaciones entre poblaciones, incluyendo sujetos sanos, su aplicación en la menopausia enfrenta limitaciones en sensibilidad y especificidad, dado que herramientas genéricas no capturan síntomas únicos de esta etapa⁽¹⁰⁰⁾.

Los cuestionarios evalúan la funcionalidad del individuo a través de dimensiones denominadas dominios, los cuales, si bien varían en su configuración según el instrumento, convergen en tres ejes fundamentales⁽¹⁰¹⁾:

Dominios centrales en la evaluación de la CdV:

- **Físico:** Abarca sintomatología orgánica, limitaciones funcionales y percepción de energía/vitalidad.

- **Emocional:** Evalúa estados psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad) y resiliencia ante el estrés.
- **Social:** Analiza la integración comunitaria, desempeño laboral y autonomía en actividades cotidianas.

Algunos cuestionarios incorporan un cuarto dominio de "vitalidad", enfocado en motivación, fatiga y equilibrio energético.

Herramientas genéricas de referencia:

- **Nottingham Health Profile⁽¹⁰²⁾:** Explora dolor, movilidad, sueño y aislamiento social.
- **SF-36⁽¹⁰³⁾ - Short Form-36:** Evalúa función física, rol emocional, salud mental y percepción de cambio en salud.
- **PGWB⁽¹⁰⁴⁾ - Psychological General Well Being:** Cuantifica bienestar psicológico mediante ítems de ansiedad, autoestima y vitalidad.
- **EuroQOL⁽¹⁰⁵⁾ - Escala europea de calidad de vida:** Combina mediciones de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas con una escala visual analógica (EVA) de bienestar global.

Relevancia en investigación menopáusica:

Aunque estos cuestionarios ofrecen una visión panorámica, su falta de especificidad subraya la necesidad de emplear herramientas como el MENQOL, diseñado para cuantificar cómo los síntomas vasomotores, urogenitales y psicosomáticos impactan dominios críticos durante el climaterio. Esta complementariedad metodológica enriquece la evaluación de intervenciones terapéuticas, priorizando la correlación entre mejoría clínica y percepción subjetiva de bienestar.

2. Cuestionarios específicos

La investigación en climaterio ha enfrentado históricamente un vacío metodológico: la ausencia de herramientas validadas y estandarizadas para medir de manera integral los síntomas asociados a esta transición, obstaculizando la evaluación objetiva de intervenciones preventivas y terapéuticas⁽¹⁰⁶⁾.

Tradicionalmente, se recurrió a listados sintomáticos no estandarizados, estructurados como escalas clínicas sin propiedades psicométricas rigurosas, enfoque que reduce la experiencia menopáusica a una mera enumeración de signos físicos. En contraste, los cuestionarios específicos contemporáneos incorporan un marco biopsicosociocultural, integrando dimensiones como el bienestar emocional, la adaptación social y las influencias culturales en la autopercepción de salud. Este paradigma metodológico no solo valida la subjetividad del paciente, sino que también establece bases científicas para personalizar estrategias clínicas, priorizando la calidad de vida como eje central de la atención durante el climaterio⁽⁹⁹⁾.

Entre las escalas más importantes tenemos:

- **Índice de Blatt-Kupperman**

Este instrumento, históricamente utilizado como estándar en la evaluación de la terapia hormonal durante el climaterio, opera mediante un sistema de puntuación cuantitativa. Cada síntoma (p. ej., bochornos, sudoración nocturna, insomnio) se asocia con un factor de ponderación específico (constante numérica), el cual se multiplica por la intensidad reportada (leve, moderada o grave). La suma de estos valores genera un índice total clasificado en tres categorías:

- >35 puntos: Sintomatología severa.
- 20-35 puntos: Sintomatología moderada.
- <20 puntos: Sintomatología leve.

A pesar de su utilidad inicial para estandarizar la severidad clínica, la escala presenta limitaciones críticas:

- **Enfoque reduccionista:** Prioriza la frecuencia/intensidad de síntomas aislados, sin integrar su impacto subjetivo en la funcionalidad diaria o el bienestar emocional.
- **Ausencia de perspectiva del paciente:** No considera cómo las mujeres interpretan sus síntomas (p. ej., percepción de discapacidad, estrés asociado) ni su satisfacción con las intervenciones.

- **Rigidez metodológica:** Los factores de ponderación no se ajustan a variaciones culturales o individuales en la experiencia menopáusica.

Estas limitaciones han motivado su cuestionamiento en la literatura reciente, destacando la necesidad de complementarla con herramientas que incorporen métricas cualitativas y dominios psicosociales. Su relevancia actual radica principalmente en estudios comparativos históricos, mientras que la investigación contemporánea privilegia instrumentos que equilibren objetividad clínica con narrativas individuales⁽¹⁰⁷⁾.

- **Women Health Questionnaire (WHQ)**

Desarrollado en 1992 en el Reino Unido, es un instrumento psicométrico validado diseñado para evaluar de manera integral el impacto físico, emocional y psicosocial de la transición menopáusica. Su estructura multidimensional permite una aproximación holística a la salud femenina durante esta etapa.

- **Estructura y dimensiones:** Tiene 36 preguntas agrupadas en 9 áreas:
 - Síntomas físicos (dolores, fatiga).
 - Cambios de humor (tristeza, irritabilidad).
 - Problemas de memoria.
 - Ansiedad.
 - Vida sexual (deseo, satisfacción).
 - Bochornos y sudores nocturnos.
 - Calidad del sueño.
 - Irregularidades menstruales.
 - Percepción del cuerpo (autoimagen).

Cada pregunta se responde en una escala Likert del 1 al 4, donde 1 indica menor intensidad y 4 mayor severidad del síntoma facilitando la cuantificación objetiva de síntomas.

- **Aplicaciones clínicas y de investigación:** Integra indicadores biomédicos (ej. frecuencia de bochornos) con variables psicosociales (ej. autoimagen o ansiedad). Es utilizado en estudios comparativos y longitudinales para analizar la eficacia de

intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Identifica necesidades individuales, permitiendo adaptar estrategias de manejo clínico.

- **Fortalezas metodológicas:** Combina datos cuantitativos (ej. frecuencia de síntomas) con aspectos cualitativos (ej. impacto emocional), evitando reduccionismos biomédicos. Su diseño estructurado permite comparaciones interpoblacionales, reconociendo la heterogeneidad de experiencias menopáusicas.
- **Relevancia en la práctica clínica:** El WHQ destaca por su capacidad para traducir experiencias subjetivas en métricas estandarizadas, facilitando la comunicación entre pacientes y profesionales. Al incluir dominios como la sexualidad o la percepción corporal, supera la tradicional focalización en síntomas físicos, promoviendo una atención centrada en la CdV integral⁽¹⁰⁸⁾.

- **Escala climatérica de Greene (ECG)**

Este cuestionario se desarrolló bajo fundamentos científicos objetivos para cuantificar la sintomatología climatérica mediante una metodología de análisis factorial, permitiendo agrupar síntomas en dominios específicos y establecer coeficientes de correlación entre cada síntoma y su dimensión correspondiente. Los 21 síntomas evaluados se clasifican en una escala de intensidad de 0 a 3:

- 0: Ausencia de molestia.
- 1: Molestia leve.
- 2: Molestia moderada.
- 3: Molestia severa.

Los síntomas se organizan en 4 dominios independientes:

- **Vasomotor:** Bochornos, sudoración nocturna.
- **Psicológico:** Ansiedad, irritabilidad, labilidad emocional.
- **Somático:** Artralgias, cefaleas, fatiga.
- **Sexual:** Sequedad vaginal, dispareunia, disminución de la libido.

Este diseño, respaldado por su estructura factorial, garantiza una agrupación estadísticamente coherente de síntomas, facilitando la identificación de patrones clínicos y la correlación entre manifestaciones físicas y psicoafectivas. Su rigor metodológico lo posiciona como una

herramienta válida para estudios epidemiológicos y evaluaciones terapéuticas en el climaterio⁽¹⁰⁹⁾.

- **Menopause Rating Scale (MRS)**

Es un instrumento de autoevaluación estandarizado, diseñado en 1994 por un consorcio de expertos de las Sociedades de Menopausia de Alemania, Suiza y Austria, para cuantificar la severidad y el impacto de los síntomas menopáusicos. Consta de 11 ítems que abarcan manifestaciones somáticas, psicológicas y urogenitales, los cuales se clasifican en una escala de severidad de 5 niveles:

- 0 puntos: Asintomático.
- 1 punto: Leve.
- 2 puntos: Moderado.
- 3 puntos: Severo.
- 4 puntos: Intenso.

Cada síntoma recibe una puntuación individual, y la suma de estos valores genera un score total del MRS, que oscila entre 0 (ausencia de sintomatología) y 44 (máximo deterioro asociado a los síntomas menopáusicos). Su diseño permite una evaluación práctica y sistemática, facilitando la identificación de prioridades terapéuticas y la monitorización de la evolución clínica. Validada internacionalmente, la MRS destaca por su utilidad en investigación epidemiológica y en la práctica clínica para estratificar la carga sintomática durante el climaterio, integrando tanto la perspectiva biomédica como la experiencia subjetiva de la paciente⁽¹¹⁰⁾.

- **Utian Quality of Life Score (UQOL)**

Es un instrumento psicométrico diseñado para evaluar la calidad de vida (CdV) durante el climaterio, centrándose en la subjetividad del bienestar integral. Compuesto por 22 ítems distribuidos en 4 dominios: ocupacional (6 ítems), salud (7 ítems), emocional (6 ítems) y sexual (3 ítems); cada ítem se califica mediante una escala Likert de 1 a 5 (1 = impacto negativo máximo; 5 = ausencia de afectación). La suma total permite clasificar la CdV en terciles:

- <50 puntos: CdV baja.
- 50–75 puntos: CdV moderada.

- >75 puntos: CdV alta.

Validado metodológicamente frente a escalas genéricas y con propiedades psicométricas robustas, el UQOL se emplea en investigación clínica y práctica médica para cuantificar cómo intervenciones terapéuticas modulan dominios críticos como la funcionalidad laboral, la salud física, la estabilidad emocional y la satisfacción sexual. Su enfoque holístico y su sensibilidad para detectar cambios longitudinales lo posicionan como una herramienta versátil en la evaluación personalizada de la calidad de vida durante la transición menopáusica⁽¹¹¹⁾.

- **Escala Cervantes (EC)**

Desarrollada y validada en España, es un instrumento psicométrico diseñado para evaluar la CdV durante el climaterio y la eficacia de intervenciones terapéuticas. Consta de 31 ítems organizados en cuatro dimensiones principales:

- **Salud y bienestar:** Incluye subdimensiones de sintomatología vasomotora (bochornos, sudoración), percepción de salud global y envejecimiento.
- **Sexualidad:** Aborda aspectos como deseo, función sexual y satisfacción.
- **Psíquico:** Evalúa labilidad emocional, ansiedad y estado de ánimo.
- **Relación de pareja:** Analiza dinámicas interpersonales y apoyo emocional.

Cada dimensión se puntúa en una escala de 0 a 100, donde valores más elevados reflejan un mayor deterioro en la CdV. La interpretación se realiza mediante rangos estandarizados:

- 0–20: Impacto mínimo/nulo.
- 21–40: Impacto leve.
- 41–60: Impacto moderado.
- 61–100: Impacto grave.

Un puntaje total ≥ 50 indica un deterioro clínicamente relevante que demanda atención médica, mientras que puntuaciones ≥ 50 en dominios individuales señalan problemas críticos en áreas específicas (p. ej., disfunción sexual severa o afectación psicológica). Validada transculturalmente, esta herramienta destaca por su capacidad para

integrar dimensiones biopsicosociales, ofreciendo una evaluación granular útil tanto en investigación como en la práctica clínica para personalizar abordajes terapéuticos⁽¹¹²⁾.

- **Menopause Quality of Life** (Sera descrito individualmente debido a que es el cuestionario específico del presente estudio).

2.1.11. Menopause Quality of Life (MENQOL)

Constituye un instrumento autoadministrado, validado y específicamente diseñado para evaluar la CdV vinculada a la sintomatología menopáusica. Propuesto por Hilditch et al. en 1996, este cuestionario reúne propiedades psicométricas robustas, incluyendo fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio. Estructurado en 29 ítems distribuidos en cuatro dominios, emplea una escala Likert de 0 a 6 puntos (0 = ausencia del molestias; 6 = afectación máxima de las molestias) para cuantificar tanto la frecuencia como el impacto subjetivo de los síntomas en la vida diaria.

Su objetivo principal radica en evaluar el deterioro del bienestar físico, psicoemocional y social durante el climaterio. Esta capacidad para integrar múltiples dimensiones lo posiciona como una herramienta clínicamente relevante, útil para orientar intervenciones terapéuticas personalizadas, monitorizar la evolución sintomática y estandarizar comparaciones en estudios multicéntricos. Su diseño específico y validación transcultural lo convierten en un referente metodológico para investigaciones centradas en la CdV durante la transición menopáusica⁽¹¹³⁾.

Características⁽¹¹⁴⁾

- **Propósito:** Evaluar la calidad de vida específica durante la menopausia, no solo la presencia de síntomas.
- **Enfoque:** Centrado en la experiencia subjetiva de la mujer (molestia percibida).
- **Validación:** Desarrollado mediante rigurosos procesos psicométricos (validez de contenido, constructo y confiabilidad test-retest).
- **Población objetivo:** Mujeres en todos los estadios del climaterio, independientemente del uso de terapia hormonal.

Estructura y Dominios⁽¹¹³⁾

Consta de 29 ítems organizados en 4 dominios:

- Vasomotor (3 ítems: bochornos, sudores nocturnos, etc.)
- Psicosocial (7 ítems: ansiedad, aislamiento social, etc.).
- Físico (16 ítems: fatiga, dolor articular, sequedad de piel, etc.).
- Sexual (3 ítems: disminución del deseo, molestias durante el coito, etc.).

Cada ítem se evalúa mediante una escala de 7 valores (0 = "sin molestias" a 6 = "extremadamente molesto"), donde puntuaciones más altas indican mayor impacto negativo en la CdV.

Implicaciones Clínicas y de Investigación⁽¹¹⁵⁾

- **Clínicas**
 - Identifica áreas críticas de afectación (ej: dominio sexual vs. psicosocial), guiando terapias personalizadas.
 - Útil para monitorear cambios post-intervención.
- **Investigación**
 - Estandariza la medición de la CdV en menopausia, facilitando meta-análisis.
 - Permite explorar diferencias culturales en la percepción de síntomas.

Ventajas⁽¹¹⁶⁾

- **Especificidad:** Enfocado en síntomas menopáusicos, superando limitaciones de herramientas genéricas de CdV.
- **Validez y Confiabilidad:** Validado en múltiples poblaciones (alfa de Cronbach >0.70 en dominios).
- **Brevedad:** Tiempo de aplicación corto (10-15 minutos).
- **Sensibilidad al Cambio:** Detecta mejorías post-tratamiento en estudios longitudinales.

Limitaciones⁽¹¹⁷⁾

- **Autoreporte:** Riesgo de sesgos (memoria, deseabilidad social).
- **Dominio Físico Amplio:** Síntomas como fatiga pueden solaparse con otras condiciones (ej: depresión).
- **Cultural:** Algunos ítems (ej: sexualidad) pueden ser tabú en ciertas culturas, afectando la respuesta.
- **Enfoque:** Diseñado principalmente para posmenopáusicas.

Interpretación

No existen puntos de corte universalmente validados. Sin embargo, se pueden establecer interpretaciones relativas mediante comparaciones con normas poblacionales, análisis por dominios y contexto clínico. A continuación, se detalla cómo categorizar los resultados:

- **Puntuaciones por Dominios**

Cada dominio (vasomotor, psicosocial, físico, sexual) se analiza por separado usando una puntuación media por dominio, se calcula el promedio de los ítems:

Por ejemplo: En el dominio vasomotor (3 ítems), si una mujer puntúa 5, 6 y 4, la media es: $(5+6+4)/3=5.0$

- **Comparación con Población de Referencia**

Estudios poblacionales: Comparar con medias y desviaciones estándar (DE) de grupos similares (edad, etnia, etapa menopáusica).

Por ejemplo: Si la media del dominio físico en mujeres posmenopáusicas es 3.2 ± 1.1 , una puntuación de 4.5 estaría 1.3 DE por encima de la media, sugiriendo una CdV física significativamente afectada.

- **Umbrales Relativos**

Se puede proponer categorías basadas en percentiles estrictos:

- CdV "buena": Puntuaciones \leq percentil 25.
- CdV "moderada": Percentil 25 – 50.
- CdV "mala": \geq percentil 50.

- **Categorización absoluta**

CdV "mala": Puntuaciones medias ≥ 4 en cualquier dominio con síntomas que limitan actividades laborales, sociales o sexuales.

CdV "buena": Puntuaciones medias ≤ 2 en todos los dominios con síntomas poco frecuentes y levemente molestos.

Comparación con las otras escalas⁽¹⁰⁰⁾

	MENQOL	MRS	GCS	UQOL	SF-36
Enfoque	Específico para menopausia.	Síntomas menopáusicos y CdV.	Síntomas físicos y psicológicos.	CdV en menopausia (menos detallado).	Genérico (no específico).
Dominios	4: Vasomotor, psicosocial, físico, sexual.	3: Somático, psicológico, urogenital.	3: Ansiedad, depresión, somático.	4: Ocupacional, salud, emocional, sexual.	8: Función física, dolor, vitalidad, etc.
Número de ítems	29	11	21	23	36
Escala de respuesta	7 puntos (0-6).	5 puntos (0-4).	4 puntos (0-3).	5 puntos (1-5).	3-6 puntos, según dominio.
Validez de constructo	Alta ($\alpha > 0.70$ en todos dominios).	Alta ($\alpha = 0.83-0.87$).	Moderada ($\alpha = 0.69-0.89$).	Alta ($\alpha = 0.78-0.89$).	Alta ($\alpha > 0.80$).
Sensibilidad al cambio	Excelente (usado en ensayos clínicos).	Moderada.	Limitada.	Moderada.	Baja (no capta cambios específicos).
Ventaja principal	Detalla impacto subjetivo por dominio.	Brevidad y facilidad de aplicación.	Evalúa síntomas psicológicos en profundidad.	Integra aspectos ocupacionales.	Comparabilidad internacional.
Limitación principal	Dominio físico demasiado amplio.	Omite aspectos sexuales detallados.	No evalúa sexualidad.	Poca especificidad en síntomas físicos.	No específico para menopausia.

Fuente: Adaptación propia de la Revisión Sistemática realizada por Pequeno et al. en 2020

Conclusión y análisis personal

El MENQOL (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire) constituye un instrumento válido y fiable para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud durante el climaterio. Sus principales ventajas radican en su especificidad para la población menopáusica y su adaptabilidad a diversos contextos. Sin embargo, la interpretación de sus resultados requiere consideraciones metodológicas fundamentales: debe contextualizarse culturalmente, analizarse según el dominio evaluado (vasomotor, psicosocial, físico o sexual), e integrarse sistemáticamente con datos clínicos objetivos. Su aplicación continua en investigación permite una comprensión holística de la experiencia menopáusica, fundamentando así el diseño de intervenciones clínicamente pertinentes y centradas en las necesidades individuales de las pacientes.

2.2. Definición de términos básicos.

- **Calidad de vida (DECS: D001937 / MeSH: D065886)**

Constructo multidimensional que integra la percepción subjetiva del bienestar físico, psicológico, social y ambiental, en interacción dinámica con las condiciones objetivas de existencia. Su evaluación prioriza la autopercepción de la funcionalidad, la autonomía y la adaptación a contextos biopsicosociales, incluyendo el continuum salud-enfermedad como eje transversal⁽¹¹⁸⁾.

- **Menopausia (DECS: D008593 / MeSH: D008593)**

Evento biológico definido por el cese permanente de la menstruación, confirmado tras 12 meses consecutivos de amenorrea en ausencia de patología uterina o endocrina. Se clasifica como natural cuando ocurre entre los 45-55 años, asociada a la depleción folicular ovárica, y como precoz si precede a los 40 años⁽¹¹⁹⁾.

- **Climaterio (DECS: D064727 / MeSH: D064727)**

Fase transicional perimenopáusica caracterizada por la declinación progresiva de la actividad gonadal, con manifestaciones neuroendocrinas (alteración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario), somáticas (atrofia urogenital, osteoporosis) y psicoafectivas (labilidad emocional, trastornos del sueño). Abarca etapas premenopáusicas, menopáusicas y

posmenopáusicas, enmarcadas en un modelo biopsicosocial de envejecimiento reproductivo⁽¹²⁰⁾.

- **Cuestionario (DECS: D011797 / MeSH: D000071082):**

Instrumento metodológico estructurado para la recolección sistemática de datos en investigación clínica o epidemiológica, basado en ítems estandarizados que miden variables subjetivas (percepciones, síntomas) u objetivas (hábitos, antecedentes). Su diseño exige validación psicométrica (fiabilidad, validez de constructo) y adaptación transcultural para garantizar precisión en la medición de fenómenos complejos, como la calidad de vida⁽¹²¹⁾.

2.3. Hipótesis.

2.3.1. Hipótesis general

Existe una correlación significativa entre la calidad de vida multidimensional (dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual) de mujeres en climaterio atendidas en el Hospital Túpac Amaru II-E estadificadas con el sistema STRAW+10 y variables sociodemográficas (grado de instrucción, ingreso económico mensual), metabólico-nutricionales (IMC, actividad física semanal) y ginecológicas (edad de última gestación, edad de menarquia), evidenciando patrones de vulnerabilidad en poblaciones andinas.

2.3.2. Hipótesis específicas

- En el dominio vasomotor del total de mujeres en el periodo del climaterio, 85% presentaron síntomas como bochornos y sudoraciones nocturnas, replicando hallazgos en poblaciones andinas y presentando una calidad de vida mala en un 70%.
- En el dominio psicosocial del total de mujeres en el periodo del climaterio, 60% presentaron síntomas como nerviosismo y ansiedad, sentirse tristes o deprimidas y que se encuentren descontentas con su vida personal, replicando hallazgos en poblaciones de escasos recursos económicos y presentando una calidad de vida moderada en un 60%.
- En el dominio físico del total de mujeres en el periodo del climaterio, 90% presentaron síntomas como dolores musculares y/o articulares, sensación de

falta de energía y dolores de cabeza o nuca, replicando hallazgos en poblaciones vulnerables al sedentarismo y presentando una calidad de vida mala en un 80%.

- En el dominio sexual del total de mujeres en el periodo del climaterio, 80% presentaron síntomas como disminución del deseo sexual y sequedad vaginal durante el acto sexual, replicando hallazgos en poblaciones con características culturales particulares y presentando una calidad de vida mala en un 70%.
- En las variables sociodemográficas existe un 30% de mujeres de procedencia rural y 50% de ocupación de ama de casa, en las variables metabólicas-nutricionales existe un 80% de mujeres que realiza menos de 150 minutos de actividad física a la semana y para las variables ginecológicas existe un 40% de mujeres que tiene más de 3 hijos y al menos 1 aborto.
- Se encontró una fuerte relación estadísticamente significativa para una peor calidad de vida en las mujeres que tienen un IMC > 25 y las que realizan menos de 150 minutos de actividad física a la semana.
- Según los criterios de estratificación del sistema STRAW+10, un 30% de las mujeres se encuentra en el estadio +1c y 25% en estadio -1, evidenciando una calidad de vida mala en periodos postmenopáusicos, donde los dominios más afectados son el físico y sexual evaluadas mediante el cuestionario MENQOL.
- La calidad de vida desde un enfoque global sumando todos los puntajes de los 4 dominios del cuestionario MENQOL evidencia que un 60% de las mujeres en el climaterio de 40 a 60 años presentaron una calidad de vida mala.

2.4. Variables.

2.4.1. Variables implicadas.

- **Variable independiente.**
 - Mujeres en el periodo del climaterio con estadiaje STRAW+10.
- **Variable dependiente.**
 - Calidad de vida.

2.4.2. Variables no implicadas.

- **Variables intervinientes**
 - **Variables Sociodemográficas.**
 - Edad.
 - Estado civil.
 - Procedencia.
 - Ocupación.
 - Grado de instrucción.
 - Ingreso económico mensual.
 - **Variables Metabólico – Nutricionales.**
 - Peso.
 - Talla.
 - IMC.
 - Actividad física semanal.
 - Consumo de suplementos vitamínicos.
 - Consumo de alcohol.
 - Consumo de tabaco.
 - **Variables Ginecológicas.**
 - Edad de menarquia.
 - Cantidad de hijos.
 - Cantidad de abortos.
 - Edad de última gestación.
 - Edad de última menstruación.
 - Uso de terapia hormonal.

2.5. Definiciones operacionales

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de Medición	Instrumento	Expresión Final de la Variable	ITEM	Definición
Variable Independiente									
Mujeres en el periodo del climaterio	Fase de transición hormonal en la vida de la mujer que abarca desde la pérdida gradual de la función ovárica hasta la posmenopausia.	N.A.	Mujer entre 40 y 60 años estadificadas según las Stages of Reproductive Aging Workshop.	Cualitativa	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos.	Etapas del STRAW a) -3 b) -2 c) -1 d) 0 e) +1 a, b o c f) +2	20	Se realizará la estadificación según las Stages of Reproductive Aging Workshop en su última actualización.
Variable Dependiente									
Calidad de vida	Percepción subjetiva de bienestar vinculada a la capacidad de satisfacer necesidades y participar en actividades significativas.	4 dominios: Vasomotor Psico-social Físico Sexual	Resultados numéricos de la encuesta validada de calidad de vida en la menopausia.	Cuantitativa	De razón	Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (Cuestionario MENQOL)	Medias por dominios y puntaje total.	21	No existen puntos de corte universalmente validados así que se analizará las medias de resultados por cada dominio del cuestionario MENQOL y luego se categorizará como Buena (1-2), Moderada (3-4) y Mala (Mayor de 4).

Variables Sociodemográficas									
Edad	Edad cronológica de una persona.	N.A.	Edad en años cumplidos.	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	Edad () años	1	Tiempo de vida de la paciente expresada en años cumplidos consignada en el DNI en la encuesta.
Estado civil	Condición legal y administrativa que clasifica a una persona según su situación en relación con su pareja.	N.A.	Estado civil legalmente validado	Cualitativa	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos.	a) Soltero. d) Casado. c) Conviviente. d) Divorciado. e) Separado. f) Viudo.	2	Estado civil definido por la persona avalado por algún documento legal.
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo. Rural: < 2000 habitantes dispersos. Urbano: ≥ 2000 Habitantes agrupados.	N.A.	Zona de procedencia.	Cualitativa	Nominal	Ficha de Recolección de Datos.	a) Urbano. b) Rural.	3	Procedencia de la paciente expresada como rural o urbana tras la consulta del investigador en forma del distrito de procedencia corroborada por la definición del INEI.
Ocupación	Actividad en la que la persona participa cotidianamente, puede ser definido como el trabajo desempeñado.	N.A.	Actividad cotidiana.	Cualitativa	Cualitativa	Ficha de Recolección de Datos.	a) Ama de casa d) Comercio c) Otros	4	Actividad que la persona evaluada la considere como cotidiana en la actualidad.
Grado de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados y culminados.	N.A.	Grado de Instrucción alcanzado.	Cualitativa	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos.	a) Sin estudios. b) Primaria. c) Secundaria. d) Superior.	5	Mayor nivel educativo culminado de la paciente expresada como sin estudios, primaria, secundaria o superior tras la consulta del investigador.

Ingreso económico mensual	Todos los dividendos económicos que puede generar la persona en el periodo de 1 mes.	N.A.	Cantidad de dinero en soles que ingresa a la persona en 1 mes.	Cualitativa	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos.	a) 0 a 500 soles. b) 500 a 1130 soles. c) 1130 a 2500 soles. d) 2500 a 4000 soles. e) Más de 4000 soles. f) Dependencia económica.	6	Cantidad de dinero en soles que ingresa a la persona en 1 mes clasificado y adaptado por el ámbito social del Cusco y también en función del sueldo mínimo vital en el Perú para el 2025, aclarando la posibilidad de tener una dependencia económica externa.
Variables Metabólico - Nutricionales									
Peso	Peso de una persona.	N.A.	Peso medido en kg.	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	Peso () kg	7	Peso de la paciente expresada en "kg" por una báscula bien calibrada al momento del ingreso al estudio.
Talla	Talla de una persona.	N.A.	Talla medida en metros.	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	Talla () m	8	Talla de la paciente expresada en "m" por un tallmetro bien calibrada al momento del ingreso al estudio.
IMC	Indicador de la densidad corporal, tal como se determina por la relación del peso corporal con la altura.	N.A.	IMC calculado como: peso (kg/altura en metros al cuadrado (m ²).	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	IMC ()	9	IMC de la paciente expresada en la unidad internacional de índice de masa corporal calculado por una báscula de peso y talla bien calibrada al momento del ingreso al estudio.

Actividad física semanal	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere gasto de energía.	N.A.	Cantidad de minutos de actividad física de cualquier tipo durante 1 semana cotidiana.	Cualitativa	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos.	a) Poca o ninguna actividad física. b) Menos de 150 minutos semanales. c) 150 a 300 minutos semanales. d) Más de 300 minutos semanales.	10	Nivel de actividad física en minutos por semana, clasificada como: Sedentario: Poca o ninguna actividad física. Actividad insuficiente: Menos de 150 minutos semanales de actividad moderada o 75 de vigorosa. Actividad suficiente: 150-300 minutos moderados o 75-150 vigorosos. Actividad alta: Supera los 300 minutos moderados o 150 vigorosos.
Consumo de suplementos vitamínicos	Ingesta de vitaminas o minerales en forma de pastillas, cápsulas o líquidos para compensar deficiencias nutricionales, mejorar la CdV o complementar la dieta.	N.A.	Consumo o no suplementos vitamínicos.	Cualitativa	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos.	a) SI consume suplementos vitamínicos. b) NO consume suplementos vitamínicos.	11	Consumo actualmente o consumo en los últimos 3 meses continuamente suplementos vitamínicos.
Consumo de alcohol	Autoadministración de una sustancia psicoactiva con contenido de alcohol de algún grado.	N.A.	Cantidad de días por semana que consume bebidas alcohólicas.	Cualitativa	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos.	a) No consume nunca. b) 1 a 2 días a la semana. c) 3 a 4 días a la semana. d) Diariamente.	12	Cantidad de días a la semana que consume alguna bebida que contenga alcohol o algún derivado de esta.

Consumo de tabaco	Ingesta de nicotina y sustancias tóxicas mediante cigarrillos, puros, pipas o vapers.	N.A.	Consume o no productos que contengan nicotina.	Cualitativa	Nominal	Ficha de Recolección de Datos.	a) SI fuma. b) NO fuma.	13	Consume o no productos que contengan nicotina (digase cigarrillos, puros, pipas o vapers).
Variables Ginecológicas									
Menarquia	Aparición de la primera menstruación.	N.A.	Edad en años del inicio de la primera menstruación.	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	() años	14	Edad en años de inicio de la primera menstruación indicada por relato propio.
Cantidad de hijos	Número de hijos de la mujer en la actualidad.	N.A.	Número de hijos expresada en numeros naturales.	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	() hijos	15	Cantidad de hijos vivos en la actualidad o que hayan fallado posterior a los 28 días de nacido indicada por relato propio.
Cantidad de abortos	Número de abortos, embarazos extopicos o molares de la mujer en la actualidad.	N.A.	Número de abortos, embarazos extopicos o molares expresada en numeros naturales.	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	() pérdidas	16	Cantidad de abortos, embarazos extopicos o molares en la actualidad indicada por relato propio.
Edad de ultima gestación	Edad de la última gestación viable o no viable.	N.A.	Edad en años de la última gestación viable o no viable.	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	() años	17	Edad en años de la última gestación viable o no viable indicada por relato propio.

Edad de última menstruación	Evidencia de última menstruación.	N.A.	Edad en años del final de la última menstruación.	Cuantitativa	De razón	Ficha de Recolección de Datos.	() años o fecha exacta (dd/mm/aa) y características	18	Edad en años del final de la última menstruación y fecha especificada si la edad no excede los 2 años de la última menstruación. Brindar características para realizar adecuado estadiaje STRAW+10.
Uso de terapia hormonal	Terapia médica que emplea hormonas sintéticas o naturales para regular, sustituir o modificar funciones endocrinas.	N.A.	Recibe o no terapia hormonal.	Cualitativa	Nominal	Ficha de Recolección de Datos.	a) SI recibe terapia hormonal. b) NO recibe terapia hormonal.	19	Recibe/usa o no terapia hormonal que este indicada por un especialista médico con seguimiento activo.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.

Se trata de un estudio de tipo correlacional, cuyo objetivo es determinar si existe una relación entre dos variables, es decir, si estas están asociadas o no. Este enfoque implica analizar si un incremento o disminución en una variable coincide con un incremento o disminución en la otra variable, lo que permite identificar patrones de comportamiento o asociaciones entre ellas⁽¹²²⁾.

En este caso en particular es correlacional (analítico), debido a que busca relacionar las variables sociodemográficas y salud, con los resultados de la encuesta MENQOL y la calidad de vida en las mujeres climatéricas.

Es un estudio cuantitativo, debido a que busca describir, explicar, comprobar y predecir los fenómenos (causalidad), generar y probar teorías; desarrollando y empleando modelos matemáticos, teorías e hipótesis que competen a los fenómenos naturales, como se realiza en la presente investigación⁽¹²²⁾.

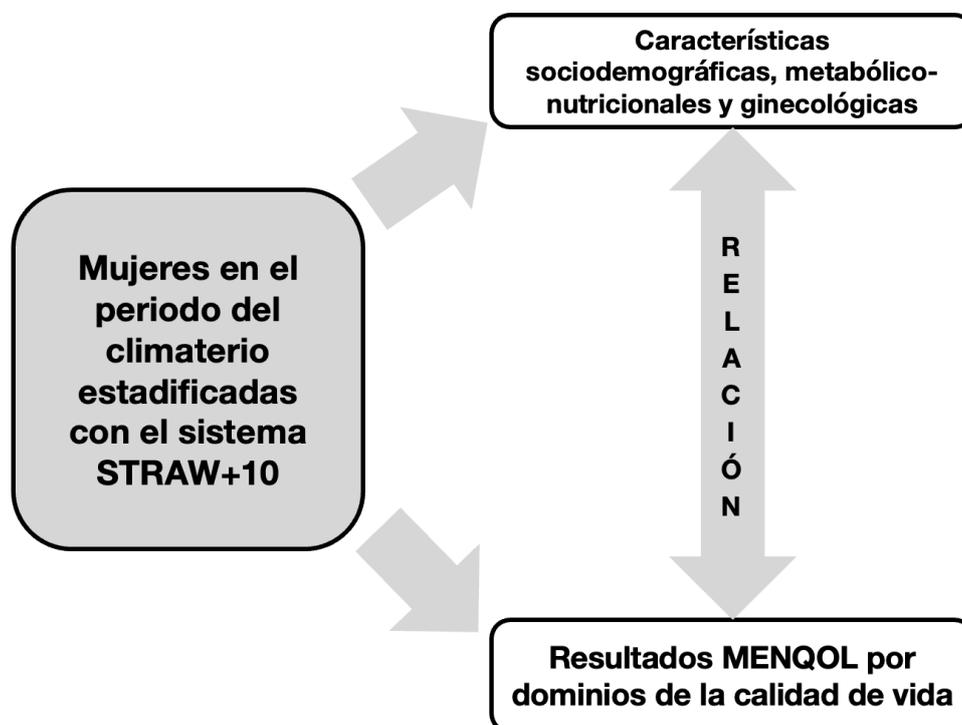
Es un tipo transversal porque recopila datos de una población en un único momento temporal, sin realizar seguimiento a lo largo del tiempo. Esto se evidencia al analizar variables como síntomas menopáusicos, calidad de vida, factores demográficos y de estilo de vida en un instante específico, para explorar asociaciones simultáneas entre ellas. Al no medir cambios temporales ni establecer secuencias causa-efecto el diseño se centra en describir la prevalencia de características y en identificar correlaciones, limitándose a inferir relaciones, sin abordar causalidad o dinámicas a largo plazo⁽¹²²⁾.

3.2. Diseño de investigación.

El estudio es descriptivo porque su objetivo principal es resumir y caracterizar las variables de interés en la población analizada, sin buscar explicar causas, efectos o predicciones. Y aunque el estudio incluye análisis bivariados o multivariados (correlaciones, regresiones), su enfoque descriptivo se mantiene al priorizar la síntesis de la realidad observada en un momento dado, sin manipular variables ni extrapolar conclusiones causales⁽¹²³⁾.

El estudio es observacional, ya que no se realizará manipulación ni intervención sobre las variables de interés. El objetivo es observar y registrar los eventos tal como ocurren de manera natural, sin alterar su curso. Esto permite analizar los fenómenos en su contexto real y obtener datos descriptivos o analíticos. Es importante indicar que el diseño no permite establecer causalidad (solo relaciones estadísticas), y los resultados están sujetos a posibles sesgos, pero refleja la realidad de las participantes en su entorno natural, sin intervención externa⁽¹²³⁾.

En conclusión, la investigación se fundamenta en un diseño descriptivo, transversal y correlacional, cuyo propósito es analizar la magnitud de las asociaciones entre variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, procedencia), indicadores de salud (IMC, hábitos, uso de terapia hormonal) y la calidad de vida en mujeres durante el climaterio, evaluadas mediante el cuestionario MENQOL. Este enfoque permite identificar patrones estadísticamente significativos entre los dominios sintomáticos (vasomotor, psicosocial, físico, sexual) y factores contextuales, sin inferir relaciones causales, pero destacando correlaciones relevantes para la atención clínica y la planificación sanitaria en poblaciones específicas como la de Cusco.



Fuente: Elaboración propia

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Descripción de la población.

La población de estudio estará constituida por mujeres de 40 a 60 años de edad que, durante un período definido del año 2025, asistan al Hospital Túpac Amaru II-E de la ciudad del Cusco, ya sea como usuarias activas (pacientes en consulta externa, hospitalización o emergencia) o acompañantes. Este criterio inclusivo garantiza una muestra representativa de la población femenina en etapa de climaterio que interactúa con el contexto sanitario del establecimiento, independientemente de su rol inicial en la visita, alineándose con diseños metodológicos empleados en estudios epidemiológicos previos en entornos hospitalarios andinos.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- **Interacción hospitalaria:** Mujeres que asistan al Hospital Túpac Amaru II-E (Cusco) como usuarias de cualquier servicio médico (consulta externa, emergencia, hospitalización) o en calidad de acompañantes durante el período de estudio.
- **Clasificación menopáusica:** Mujeres entre 40 y 60 años en etapa de climaterio, estadificadas según los criterios STRAW+10, con verificación de edad mediante Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carnet de Extranjería.
- **Voluntariedad ética:** Mujeres que acepten participar en el estudio tras la lectura, comprensión y firma del consentimiento informado, garantizando el cumplimiento de normativas éticas internacionales.

Criterios de exclusión.

- **Fuera de la edad correspondiente a la etapa del climaterio:** Mujeres de menos de 40 años y mayores de 60 años o que no pueda ser estadificadas según los criterios STRAW+10.

- **Participación incompleta:** Mujeres que rechacen responder, abandonen el estudio o no completen el cuestionario MENQOL en su totalidad, comprometiendo la integridad de los datos.
- **Trastornos psiquiátricos o cognitivos**
 - **Enfermedades mentales graves:** Diagnóstico de depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia o ansiedad severa en los últimos 6 meses.
 - **Deterioro cognitivo:** Alzheimer, demencia u otras condiciones que limiten la comprensión del cuestionario o la capacidad de dar consentimiento informado.
 - **Farmacoterapia psicoactiva:** Uso actual de fármacos psicotrópicos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos) en los últimos 3 meses que puedan modular síntomas menopáusicos o alterar la percepción subjetiva de calidad de vida.
- **Comorbilidades endocrino-metabólicas**
 - Antecedentes de enfermedades sistémicas con implicación en metabólica (lupus, trastornos tiroideos, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad de Cushing) con diagnóstico definitivo y que reciban terapia actualmente.
 - Patologías ginecológicas (endometriosis, síndrome de ovario poliquístico) o condiciones que interfieran en la fisiopatología hormonal del climaterio.
 - Trastornos urogenitales como el diagnóstico de incontinencia urinaria en todos sus tipos y prolapso de órganos pélvicos.
- **Oncopatología activa:** Diagnóstico de neoplasias en tratamiento con terapia hormonal (ej.: tamoxifeno), corticoterapia a largo plazo o inmunosupresores (incluida terapia biológica), debido a su impacto en el perfil hormonal y sintomatología asociada.
- **Condiciones agudas:** Hospitalización reciente (<3 meses), cirugía mayor o infecciones graves que afecten la CdV de forma independiente.
- **Menopausia precoz o falla ovárica prematura:** Antes de los 40 años debido a que impide evaluar el climaterio fisiológico, se excluirían casos de falla ovárica prematura de origen genético, autoinmune o idiopático.

- **Mujeres con menopausia quirúrgica:** Se excluirán mujeres con ooforectomía bilateral o histerectomía con extirpación ovárica para centrar el análisis en la transición hormonal natural del climaterio.
- **Amenorrea no menopáusica:** Ausencia de menstruación ≥ 12 meses por causas no vinculadas a la menopausia (ej.: hiperprolactinemia, anorexia nerviosa, histerectomía previa).
- **Gestación o lactancia:** Mujeres en estado de embarazo o lactancia, dado los cambios hormonales transitorios que podrían sesgar la evaluación.

3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo.

La determinación del tamaño de la muestra se realizará mediante un método matemático, considerando los objetivos de la investigación, el nivel de confianza establecido, la precisión requerida y la variabilidad presente en la población.

A continuación, se aplicará la fórmula de Fisher para estimar una proporción (p) en una población finita (N):

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

- N: Tamaño total de la población (Según INEI y sistema estadístico interno⁽¹²⁴⁾, la población de mujeres entre los 40 y 60 años que principalmente acuden al Hospital Túpac Amaru nivel II-E fue de 1200 mujeres aprox.).
- Z_{α} : El valor crítico de la distribución normal para un nivel de confianza deseado:
 - 95% confianza $\rightarrow Z_{\alpha} = 1.96$
- p: Proporción esperada de la característica de interés, sabiendo que la prevalencia global de síntomas climatéricos es de 50%⁽³¹⁾ y según el estudio REDLINC en Latinoamérica está entre 45 a 69% siendo mayor en áreas rurales⁽¹¹²⁾ por lo que se estima una prevalencia y se usará para nuestra población el valor exacto de 60%.
- q: $1 - p$
- d: Margen de error aceptable (en términos absolutos, no porcentual) estandarizado es de 0.05 que da una precisión del 5%.

Cálculo para el presente estudio

$$n = \frac{1200 \times 1.96^2 \times 0.60 \times 0.40}{0.05^2 \times (1200 - 1) + 1.96^2 \times 0.60 \times 0.40}$$

$$n = \frac{1200 \times 3.8416 \times 0.24}{0.0025 \times 1199 + 3.8416 \times 0.24}$$

$$n = \frac{1106.3808}{2.9975 + 0.923}$$

$$n = \frac{1106.3808}{3.9205}$$

$$n = 282.204005$$

n Aproximado = 282 sujetos

Ajuste por posibles pérdidas

Se obtuvo una muestra de 282 sujetos de estudio y debido a la posible pérdida de pacientes, se utilizará una muestra incrementada en 10% o superior. Resultando en un total de 310 sujetos de estudio para tener una precisión adecuada.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.

3.4.1. Técnicas de recolección de datos.

Bajo un enfoque metodológico-ético, se empleó la encuesta como técnica de recolección de datos, utilizando como instrumento el *Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)*, diseñado por Hilditch et al.⁽¹¹³⁾ y validada en su versión en español por Blumel et al.⁽¹²⁵⁾.

Encuestas presenciales (cara a cara)

Aplicación directa del cuestionario por parte del encuestador.

- Mayor tasa de respuesta y claridad en las preguntas.
- Ideal para poblaciones con bajo acceso a tecnología.

Encuestas autoadministradas (papel)

Cuestionarios físicos entregados en persona o por correo.

- Útiles en entornos rurales o con población con buena alfabetización.
- Alto costo de impresión y logística.
- Riesgo de respuestas incompletas.

3.4.2. Instrumento de recolección de datos.

El estudio empleará una ficha de recolección de datos estructurada para registrar variables biopsicosociales asociadas al climaterio, complementada con el *Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL)* en su versión en español validada, que consta de 29 ítems distribuidos en 4 dimensiones:

Vasomotores	Psicosociales	Físicos	Sexuales
3 ítems	7 ítems	16 ítems	3 ítems

Sistema de puntuación

- **Respuesta inicial:** Si la mujer indica que un síntoma no le molesta, se asigna 1 punto.
- **Escala Likert para molestia confirmada:** Si reporta molestia, se gradúa su intensidad en una escala de 0 (ninguna) a 6 (máxima), transformándose en un puntaje de 2 a 8 mediante la siguiente equivalencia: 0 → 2 puntos / 1 → 3 puntos / 2 → 4 puntos / 3 → 5 puntos / 4 → 6 puntos / 5 → 7 puntos / 6 → 8 puntos.

Cálculo por dominio

- **Vasomotor (ítems 1-3):** Rango de 3 a 24 puntos.
- **Psicosocial (ítems 4-10):** Rango de 7 a 56 puntos.
- **Físico (ítems 11-25):** Rango de 16 a 128 puntos.
- **Sexual (ítems 26-29):** Rango de 3 a 24 puntos.

Categorización

Tras calcular el puntaje promedio por dominio (y posterior puntaje global), se clasificará la calidad de vida como:

- **Mala:** Media de 1 y 2 puntos.
- **Moderada:** Media de 3 y 4 puntos.
- **Buena:** Media mayor de 4.

Propiedades psicométricas

- **Validez de contenido:** 4.7/5 (Hilditch et al.⁽¹¹³⁾).
- **Consistencia interna:** Alfa de Cronbach: Físico (0.87), Vasomotor (0.82), Psicosocial (0.81), Sexual (0.89).

Validación de la ficha de recolección de datos

Para la validación de la ficha de recolección de datos, se consultará a cinco expertos en el área, quienes evaluarán 9 interrogantes planteadas y 1 pregunta de respuesta abierta, cada una acompañada de una escala de estimación. La escala funcionará de la siguiente manera:

- 5: Corresponde al valor máximo de la escala, asignado cuando el trabajo de investigación aborda la interrogante de manera completamente satisfactoria.
- 4: Se utiliza cuando el trabajo de investigación responde de forma significativa a la interrogante.
- 3: Se asigna cuando la respuesta es de naturaleza intermedia o parcial en relación con la interrogante.
- 2: Se asigna cuando la respuesta a la interrogante es limitada o insuficiente.
- 1: Se asigna cuando el trabajo de investigación no ofrece ningún elemento que resuelva la interrogante planteada.

Este proceso de validación permitirá obtener una evaluación detallada y precisa de la calidad de la ficha de recolección de datos.

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos.

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Túpac Amaru II-E, ubicado en el distrito de San Sebastián (Cusco, Perú), dirigido a mujeres de 40 a 60 años que asistan al establecimiento como usuarias de servicios médicos o acompañantes de pacientes. El reclutamiento se realizará mediante un enfoque activo: el equipo

investigador contactará directamente a las potenciales participantes, explicando los objetivos, beneficios y procedimientos del estudio. Tras verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión/exclusión predefinidos, se invitará a las elegibles a participar de manera voluntaria.

Quienes acepten, firmarán un consentimiento informado escrito, respetando los principios éticos de autonomía y confidencialidad (Declaración de Helsinki). Posteriormente, se aplicará de forma individualizada la ficha de recolección de datos y el cuestionario MENQOL, garantizando un entorno privado para preservar la intimidad de las participantes. Este proceso asegura la estandarización metodológica y minimiza sesgos en la recopilación de información biopsicosocial relevante para el análisis estadístico.

Se solicitará el permiso correspondiente a las autoridades del hospital para la aplicación de la encuesta respectiva, garantizando el cumplimiento de las normativas éticas. La recopilación de información incluirá datos sociodemográficos y de salud (edad, estado civil, grado de instrucción, número de hijos, ocupación, ingreso económico mensual, etnia, menarquia, peso, talla, IMC, uso de terapia hormonal, actividad física, consumo de suplementos vitamínicos, consumo de alcohol y tabaco) los cuales serán registrados y analizados para determinar su asociación con el desarrollo de alteraciones en la calidad de vida en el periodo climatérico.

Se recolectarán datos de 310 pacientes informándolas del propósito de la investigación y esclareciendo dudas existentes. A partir de todas estas fichas de recolección se procederá a su análisis correspondiente.

Procedimiento metodológico

1) Desarrollo del protocolo metodológico

- a. Elaboración del marco teórico, objetivos e hipótesis, integrando revisiones bibliográficas actualizadas y criterios éticos basados en la Declaración de Helsinki.

2) Revisión y aprobación institucional

- a. Validación inicial del proyecto por el docente responsable del curso de Tesis II, incorporando retroalimentación para ajustes metodológicos y técnicos.

- b. Presentación ante el Comité de Ética del Hospital Túpac Amaru II-E (HTA) para evaluación de riesgos, beneficios y consentimiento informado.

3) Optimización del instrumento de recolección

- a. Validación del cuestionario MENQOL mediante validación por pares externos (expertos en ginecología y epidemiología), asegurando congruencia conceptual y operacional.
- b. Aprobación final por el Instituto de Investigación en Medicina y Salud (INIME) y los jurados designados (Jurado A), cumpliendo estándares de calidad al 50% y 100%.

4) Ejecución operativa:

- a. Recolección sistemática de datos mediante entrevistas estructuradas, aplicando criterios de inclusión/exclusión y codificación estandarizada.
- b. Creación de una base de datos relacional en software estadístico (SPSS, STATA), seguida de depuración de valores atípicos o incongruentes.

5) Análisis estadístico secuencial

- a. **Fase descriptiva (univariada):** Caracterización de variables sociodemográficas, clínicas y puntuaciones MENQOL mediante frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión.
- b. **Fase correlacional (bivariada):** Identificación de asociaciones mediante pruebas de Chi-cuadrado, t-Student o coeficientes de correlación (Pearson/Spearman).
- c. **Modelización predictiva:** Construcción de un modelo predictivo multivariado (regresión lineal múltiple o logística) para evaluar interacciones entre variables independientes y dominios MENQOL.

6) Interpretación y difusión

- a. Redacción de resultados en formato científico, contrastando hallazgos con literatura previa en discusiones grupales con expertos en climaterio y salud pública.
- b. Elaboración del documento final, integrando conclusiones y recomendaciones para políticas sanitarias locales.

Estructura por fases

- 1) **Fase Preliminar:** Desarrollo teórico y aprobaciones éticas.
- 2) **Fase Operativa:** Recolección y gestión de datos.
- 3) **Fase Analítica:** Procesamiento estadístico e interpretación.
- 4) **Fase Final:** Síntesis y divulgación académica.

3.5. Plan de análisis de datos.

Una vez finalizada la recolección sistemática de datos, se ejecutará un procesamiento estadístico integral basado en la información consignada en los formularios estructurados aplicados durante las entrevistas. Este análisis, desarrollado bajo el software estadístico SPSS, se centrará en tres ejes:

- **Variables sociodemográficas:** Edad, procedencia (urbano/rural), nivel educativo, ingreso económico.
- **Indicadores de salud:** IMC, antecedentes ginecológicos (menarquia, paridad), hábitos (tabaquismo, actividad física).
- **Resultados del MENQOL:** Puntuaciones por dominio (vasomotor, psicosocial, físico, sexual) y su correlación con variables contextuales.

Los formularios, diseñados y validados en el Hospital Túpac Amaru II-E (HTA) de Cusco durante el primer semestre de 2025, serán sometidos a una depuración de inconsistencias (valores atípicos, respuestas incompletas) antes de su digitalización en una base de datos relacional.

Se implementará un control de calidad de los datos, verificando la ausencia de valores perdidos ("missing"), inconsistencias y duplicados. Cada ficha será codificada mediante un sistema de números y letras para garantizar la organización y trazabilidad de la información.

3.5.1. Análisis univariado

Objetivo: Caracterizar la población y garantizar la calidad de los datos.

- **Variables cualitativas**
 - Distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas (%), con visualización en gráficos de barras o diagramas de sectores.

- **VARIABLES CUANTITATIVAS**
 - **Normalidad:** Evaluada mediante prueba de Shapiro-Wilk ($\alpha = 0.05$) y gráficos Q-Q.
 - **Tendencia central y dispersión**
 - **Distribución normal:** Media \pm Desviación Estándar (DE).
 - **Distribución no normal:** Mediana (Rango intercuartílico, RIC).
 - **Visualización**
 - Histogramas o gráficos de densidad kernel para variables continuas.
 - Boxplots para comparar distribuciones entre subgrupos.

3.5.2. Análisis bivariado

Objetivo: Identificar asociaciones preliminares entre variables independientes (ej.: IMC, nivel educativo) y dependientes (dominios MENQOL).

Enfoque 1: Calidad de Vida (CdV) como variable continua

- **Correlación**
 - Pearson para variables normales.
 - Spearman para variables no normales o ordinales.
- **Comparación de medias**
 - t-Student (2 grupos).
 - ANOVA unidireccional (≥ 3 grupos) con post-hoc de Tukey.

Enfoque 2: CdV como variable categórica (terciles)

- **Asociación**
 - Chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas.
 - U de Mann-Whitney (2 grupos) o Kruskal-Wallis (≥ 3 grupos) para variables no normales.

Medidas de efecto

Riesgo Relativo (RR) con IC95%, interpretado como:

- RR = 1: Sin asociación.
- RR > 1: Factor de riesgo (IC95% >1: significativo).

- RR < 1: Factor protector (IC95% <1: significativo).

Valor p: Umbral de significancia $\alpha = 0.05$.

3.5.3. Análisis multivariado y ajuste de tasa con regresión lineal.

Objetivo: Controlar factores de confusión y modelar predictores independientes de la CdV.

- **Modelos estadísticos**
 - Regresión lineal múltiple: Para dominios MENQOL como variables continuas (ej.: puntuación física).
 - Variables predictoras: Edad, IMC, nivel educativo, hábitos.
 - Ajuste por covariables (ej.: uso de terapia hormonal).
 - Regresión logística binaria: Para CdV categorizada (ej.: CdV "mala" vs. "buena").
 - Odds Ratios (OR) ajustados con IC95%.
- **Validación de modelos**
 - R^2 ajustado (lineal) o prueba de Hosmer-Lemeshow (logística).
 - Diagnóstico de multicolinealidad mediante VIF (Factor de Inflación de Varianza).

3.5.4. Herramientas y Software

- **Gestión de datos**
 - Microsoft Excel 2020 (MacOS) para depuración y tabulación preliminar.
- **Análisis estadístico**
 - SPSS® v17.4 (MacOS): Análisis inferencial, modelos de regresión, visualización avanzada.
 - Complemento: R Studio (paquetes ggplot2, car) para gráficos de alta resolución.
- **Reporte de resultados**
 - Gráficos interactivos (ej.: forest plots para RR/OR) en Tableau Public.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados.

OE1: Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio vasomotor y su impacto en la calidad de vida mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Tabla 1. Síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio vasomotor en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Bochornos	No	39	12.6
	Sí	271	87.4
Transpiraciones nocturnas	No	33	10.6
	Sí	277	89.4
Más transpiración que lo normal	No	32	10.3
	Sí	278	89.7
Total		310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los resultados revelan una alta prevalencia de sintomatología vasomotora, donde el 87.4% reportó bochornos, el 89.4% sudoraciones nocturnas y el 89.7% una transpiración mayor a la habitual. Este patrón sintomático indica que la mayoría de las mujeres en esta etapa presentan alteraciones térmicas significativas que podrían afectar su descanso, desempeño diario y bienestar general. La frecuencia elevada de estos síntomas también sugiere un bajo acceso a estrategias terapéuticas para su control o la naturalización del malestar. Estos hallazgos evidencian la necesidad de intervenciones clínicas oportunas y el fortalecimiento de la atención integral en salud reproductiva en este grupo poblacional.

Tabla 2. Calidad de vida en el climaterio respecto del dominio vasomotor en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Calidad de Vida	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Buena	35	11.3
Moderada	87	28.1
Mala	188	60.6
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los resultados del dominio vasomotor reflejan un impacto significativo sobre la calidad de vida de las mujeres en etapa climatérica. Se observa que el 60.6% presenta una calidad de vida mala, lo que revela la intensidad y persistencia de síntomas como bochornos y sudoraciones. Un 28.1% presenta una calidad de vida moderada, sugiriendo una sintomatología presente pero parcialmente tolerada, mientras que solo el 11.3% reporta una calidad de vida buena, indicando escasa afectación en este dominio. Estos datos evidencian una alta carga sintomática no controlada en la mayoría de mujeres del presente contexto altoandino, resaltando la necesidad de implementar estrategias diagnósticas y terapéuticas enfocadas en mitigar los síntomas vasomotores.

OE2: Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio psicosocial y su impacto en la calidad de vida mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Tabla 3. Síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio psicosocial en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Descontenta con su vida personal	No	33	10.6
	Sí	277	89.4
Nerviosismo o ansiedad	No	13	4.2
	Sí	297	95.8
Pérdida de memoria	No	41	13.2
	Sí	269	86.8
Hace menos cosas que las que acostumbraba	No	21	6.8
	Sí	289	93.2
Deprimida o triste	No	15	4.8
	Sí	295	95.2
Impaciente	No	19	6.1
	Sí	291	93.9
Necesidad de estar sola	No	68	21.9
	Sí	242	78.1
Total		310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los resultados del dominio psicosocial evidencian una afectación profunda en la calidad de vida emocional de las mujeres en climaterio. Un porcentaje elevado reporta síntomas como ansiedad o nerviosismo (95.8%), tristeza o depresión (95.2%), impaciencia con las demás personas (93.9%) y disminución en sus actividades habituales (93.2%), lo que indica un marcado deterioro en su funcionalidad emocional. Además, el 89.4% refiere estar descontenta con su vida personal, mientras que el 86.8% presenta pérdida de memoria. La necesidad de aislamiento también es notable, con un 78.1% que expresa preferencia por estar sola. Estos hallazgos revelan un claro impacto psicoafectivo del climaterio, subrayando la urgencia de integrar intervenciones psicológicas en el abordaje integral de estas mujeres.

Tabla 4. Calidad de vida en el climaterio respecto del dominio psicosocial en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Calidad de Vida	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Buena	6	1.9
Moderada	94	30.3
Mala	210	67.7
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los datos del dominio psicosocial revelan un impacto considerable del climaterio en la salud emocional de las mujeres evaluadas. Se observa que el 67.7% presenta una calidad de vida mala, lo que refleja un predominio de síntomas como ansiedad, tristeza, desánimo e irritabilidad que afectan su bienestar mental. Un 30.3% registra una calidad de vida moderada, lo cual sugiere la presencia de malestar psicológico en menor grado, pero con repercusiones en su funcionalidad diaria. Solo el 1.9% alcanza una calidad de vida buena, evidencia de que muy pocas mujeres atraviesan esta etapa sin alteraciones significativas en el ámbito emocional. Estos resultados enfatizan la necesidad de implementar estrategias de salud mental específicas durante el climaterio.

OE3: Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio físico y su impacto en la calidad de vida mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Tabla 5. Síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio físico en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Flatulencias, gases o hinchazón abdominal	No	62	20.0
	Sí	248	80.0
Dolores musculares y/o articulares	No	5	1.6
	Sí	305	98.4
Cansancio o agotamiento físico	No	13	4.2
	Sí	297	95.8
Dificultad para dormir	No	97	31.3
	Sí	213	68.7
Dolores de cabeza o nuca	No	37	11.9
	Sí	273	88.1
Disminución de la fuerza física	No	9	2.9
	Sí	301	97.1
Disminución de la resistencia física	No	12	3.9
	Sí	298	96.1
Sensación de falta de energía	No	7	2.3
	Sí	303	97.7
Sequedad en la piel	No	86	27.7
	Sí	224	72.3
Aumento de peso	No	66	21.3
	Sí	244	78.7

Continúa en la siguiente página

Aumento de vellos en la cara	No	143	46.1
	Sí	167	53.9
Arrugas y/o manchas	No	52	16.8
	Sí	258	83.2
Retención de líquidos	No	97	31.3
	Sí	213	68.7
Dolor de cintura	No	22	7.1
	Sí	288	92.9
Orina frecuentemente	No	96	31.0
	Sí	214	69.0
Se orina al reír, toser o hacer un esfuerzo	No	88	28.4
	Sí	222	71.6
Total		310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los resultados del dominio físico reflejan una alta carga sintomática entre las mujeres en etapa climatérica. Destacan síntomas de dolor y agotamiento físico, siendo los dolores musculares o articulares reportados por el 98.4%, la disminución de la fuerza física (97.1%), la sensación de falta de energía (97.7%) y la disminución de la resistencia física (96.1%), lo que sugiere un deterioro importante en la funcionalidad corporal. Además, el 95.8% manifestó fatiga intensa y el 92.9% dolor de cintura, indicando afectación generalizada del aparato músculo-esquelético. Asimismo, síntomas relacionados con el sueño y la apariencia física también son recurrentes: el 68.7% presenta dificultad para dormir y el 83.2% cambios en la piel, como arrugas o manchas. Otros malestares frecuentes incluyen hinchazón abdominal (80.0%), aumento de peso (78.7%), sequedad en la piel (72.3%) y retención de líquidos (68.7%). En cuanto a síntomas urinarios, el 69.0% reporta que orina frecuente y el 71.6% incontinencia al esfuerzo, reflejando alteraciones del suelo pélvico comunes en esta etapa. Este perfil sintomático evidencia un claro deterioro en estas mujeres, lo cual demanda un abordaje integral desde la atención primaria con énfasis en rehabilitación física, control metabólico y soporte emocional.

Tabla 6. Calidad de vida en el climaterio respecto del dominio físico en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Calidad de Vida	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Buena	15	4.8
Moderada	154	49.7
Mala	141	45.5
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los resultados del dominio físico muestran un panorama mixto sobre la calidad de vida de las mujeres en climaterio. Se observa que el 49.7% presenta una calidad de vida moderada, lo cual indica una sintomatología persistente, pero parcialmente tolerada o manejada. En contraste, un 45.5% manifiesta una calidad de vida mala, lo que refleja un grado significativo de afectación física, posiblemente debido a dolores articulares, fatiga crónica y la mala higiene del sueño. Solo el 4.8% reporta una calidad de vida buena, evidencia de que muy pocas mujeres atraviesan esta etapa sin malestares físicos relevantes. Estos datos subrayan la necesidad de fortalecer intervenciones de salud física adaptadas a las necesidades del climaterio.

OE4: Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio sexual y su impacto en la calidad de vida mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Tabla 7. Síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio sexual en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Cambios en el deseo sexual	No	9	2.9
	Sí	301	97.1
Evitar las relaciones sexuales	No	17	5.5
	Sí	293	94.5
Sequedad vaginal durante el acto sexual	No	46	14.8
	Sí	264	85.2
Total		310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los resultados del dominio sexual evidencian una alteración significativa en la vida íntima de las mujeres en el climaterio. El 97.1% refiere cambios en su deseo sexual, lo que sugiere una disminución marcada de la libido, asociada frecuentemente a los cambios hormonales propios de esta etapa. Además, el 94.5% indica evitar las relaciones sexuales, lo que podría relacionarse tanto con la disminución del deseo como con molestias físicas. En efecto, el 85.2% reporta sequedad vaginal durante el acto sexual, síntoma común en la menopausia que genera incomodidad y afecta negativamente la experiencia sexual. Estos resultados reflejan un impacto directo del climaterio en la esfera sexual, afectando la calidad de vida y las relaciones afectivas, y evidencian la necesidad de abordajes ginecológicos y psicosexuales integrales en este grupo.

Tabla 8. Calidad de vida en el climaterio respecto del dominio sexual en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Calidad de Vida	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Buena	15	4.8
Moderada	65	21.0
Mala	230	74.2
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los resultados del dominio sexual reflejan una afectación severa en la calidad de vida de las mujeres en etapa climatérica atendidas en el Hospital Túpac Amaru II-E. Se observa que el 74.2% presenta una calidad de vida mala, lo cual evidencia que los síntomas relacionados con la sexualidad, como la disminución del deseo, la evitación de relaciones sexuales y la sequedad vaginal, impactan significativamente en su bienestar personal y afectivo. Solo el 21.0% registra una calidad de vida moderada, lo que sugiere cierto grado de malestar manejable o parcialmente reconocido. Apenas el 4.8% alcanza una calidad de vida buena, indicando que muy pocas mujeres no experimentan alteraciones importantes en esta esfera. Estos resultados subrayan la necesidad de integrar la salud sexual como parte fundamental en el abordaje integral del climaterio.

OE5: Describir las características sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas de las mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Tabla 9. Características sociodemográficas de las mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E.

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Edad	40 a 44 años	78	25.2
	45 a 49 años	97	31.3
	50 a 54 años	84	27.1
	55 a 60 años	51	16.5
Estado Civil	Soltera	33	10.6
	Casada	87	28.1
	Conviviente	134	43.2
	Divorciada	11	3.5
	Separada	28	9.0
	Viuda	17	5.5
Procedencia	Urbana	243	78.4
	Rural	67	21.6
Ocupación	Ama de casa	146	47.1
	Comercio	92	29.7
	Otros	72	23.2
Grado de Instrucción	Sin estudios	20	6.5
	Primaria	113	36.5
	Secundaria	147	47.4
	Superior	30	9.7

Continúa en la siguiente página

	0 – 500 soles	108	34.8
	500 a 1130	47	15.2
Ingreso	1130 a 2500	21	6.8
Económico	2500 a 4000	9	2.9
Mensual	Más de 4000	4	1.3
	Dependencia económica	121	39.0
Total		310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

La caracterización sociodemográfica de las mujeres en etapa climatérica muestra un perfil marcado por condiciones que pueden influir en su calidad de vida. En cuanto a la edad, la mayoría se concentra entre los 45 y 49 años (31.3%) y los 50 a 54 años (27.1%), lo que coincide con el periodo crítico del climaterio. La mayoría convive en pareja (43.2% convivientes, 28.1% casadas), mientras que un 10.6% son solteras.

La procedencia es predominantemente urbana (78.4%), lo cual puede estar relacionado con un mayor acceso a servicios de salud, aunque no necesariamente a intervenciones especializadas. En cuanto a la ocupación el 47.1% tiene por ocupación ama de casa, el 29.7% se dedica al comercio y el 23.2% tiene otras ocupaciones.

Respecto al nivel educativo, la mayoría cuenta con secundaria (47.4%) o solo primaria (36.5%), y apenas un 9.7% alcanzó estudios superiores, lo cual podría limitar el acceso a información oportuna sobre el climaterio. En términos económicos, un 34.8% tiene ingresos menores a 500 soles y un 39.0% depende económicamente de otros, lo que podría generar barreras para el autocuidado y el acceso a tratamientos.

En conjunto, estos factores configuran una población vulnerable desde el punto de vista biopsicosocial.

Tabla 10. Características metabólico-nutricionales de las mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Índice de Masa Corporal (IMC)	< 18.5	2	0.6
	18.5 – 24.9	108	34.8
	25.0 – 29.9	132	42.6
	30 a más	68	21.9
Actividad física	Poca o ninguna actividad física	124	40.0
	Menos de 150 minutos semanales	141	45.5
	150 a 300 minutos semanales	42	13.5
	Más de 300 minutos semanales	3	1.0
Consumo de suplementos vitamínicos	Si	64	20.6
	No	246	79.4
Consumo de alcohol	No consume nunca o esporadicamente	286	92.3
	1 a 2 días a la semana	18	5.8
	3 a 4 días a la semana	5	1.6
	Diariamente	1	0.3
Consumo de tabaco	Si	13	4.2
	No	297	95.8
Total		310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

En relación a las características metabólico-nutricionales, se evidenció que el Índice de Masa Corporal (IMC) revela que el 64.5% presenta malnutrición por exceso: 42.6% sobrepeso (25.0-29.9 kg/m²) y 21.9% obesidad (≥ 30 kg/m²), mientras solo el 34.8% se ubica en rango normal (18.5-24.9 kg/m²). Paralelamente, la actividad física muestra un patrón marcadamente sedentario: 85.5% realiza menos de 150 minutos semanales de ejercicio (40.0% con poca/nula actividad y 45.5% bajo el mínimo recomendado por la OMS). Esta combinación de exceso ponderal e inactividad incrementa el riesgo de síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y complicaciones cardiovasculares, factores críticos que deterioran la calidad de vida durante el climaterio.

Respecto al consumo de sustancias, destaca el bajo uso de suplementos vitamínicos (solo el 20.6% los consume), lo que sugiere deficiencias en micronutrientes esenciales para la salud ósea (calcio, vitamina D) y regulación hormonal. En contraste, el alcohol tiene baja prevalencia de consumo regular, 92.3% reporta uso nulo o esporádico, aunque un 7.7% lo ingiere semanalmente (≥ 1 día/semana), asociándose a potenciales hepatopatías y cáncer mamario. El tabaquismo es marginal (4.2% de fumadoras), minimizando su impacto en esta cohorte. Estos patrones reflejan brechas en prevención ya que la escasa suplementación vitamínica podría agravar osteoporosis y anemias prevalentes en mujeres andinas, mientras el alcohol –aunque minoritario– exige vigilancia por su interacción con alteraciones metabólicas propias del climaterio.

Los hallazgos delimitan desafíos prioritarios como la alta carga de obesidad/sedentarismo y la insuficiente suplementación micronutricional comprometiendo así la autonomía y bienestar de las mujeres climáticas. Evidenciando que existe una urgencia de promover programas locales que integren educación nutricional, fomento de actividad física adaptada al entorno cultural y acceso a suplementos, estrategias clave para mejorar la calidad de vida en esta población.

Tabla 11. Características ginecológicas de las mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Edad de Menarquia	12 a 14 años	159	51.3
	15 a 17 años	144	46.5
	18 a 19 años	7	2.3
Cantidad de hijos	0 hijos	7	2.3
	1 – 3 hijos	214	69.0
	4 o más hijos	89	28.7
Cantidad de abortos	0 abortos	140	45.2
	1-2 abortos	158	51.0
	>2 abortos	12	3.9
Uso de terapia hormonal	Si	10	3.2
	No	300	96.8
Total		310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

La caracterización ginecológica de las mujeres en el periodo del climaterio revela patrones reproductivos significativos que influyen en el estado de salud. La edad de menarquía muestra que el 51.3% tuvo su primera menstruación entre los 12-14 años (rango fisiológico típico), mientras un 46.5% la experimentó tardíamente (15-17 años) y solo un 2.3% después de los 18 años.

Respecto a la paridad, predomina la multiparidad, donde el 69.0% tuvo entre 1-3 hijos, pero un 28.7% reporta alta fecundidad (≥ 4 hijos), y apenas el 2.3% es nuligesta. Estos datos sugieren una carga reproductiva moderada-alta en la población, donde la menarquía tardía podría asociarse a factores altitudinales o nutricionales propios del contexto andino, influyendo en la salud hormonal durante el climaterio.

En relación a los abortos, se observa una prevalencia relevante del 51.0% que reporta 1-2 eventos, y un 3.9% más de dos pérdidas gestacionales, contrastando con el 45.2% sin antecedentes. Esta frecuencia podría vincularse a carencias en salud reproductiva o condiciones obstétricas no controladas. Destaca especialmente el uso de terapia hormonal de la menopausia (THM) con solo el 3.2% que la recibe, frente a un 96.8% que no accede a este tratamiento. La mínima cobertura de THM refleja barreras en el manejo de síntomas climatéricos (bochornos, ansiedad), lo que agrava riesgos de morbilidad ginecológica y deterioro de la calidad de vida en una población con alta paridad y antecedentes de abortos recurrentes.

Geográficamente, estos perfiles pueden asociarse a determinantes sociales cusqueños, como limitado acceso a planificación familiar o educación en salud menopáusica escasa. Si bien la tabla no especifica tipos de aborto (espontáneo/inducido) ni causas de no uso de THM (contraindicaciones, rechazo cultural), los datos justifican intervenciones urgentes como fortalecer consejería en climaterio, garantizar THM segura y desarrollar programas de salud reproductiva con pertinencia cultural andina.

OE6: Establecer la relación entre las variables sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas con la calidad de vida durante el climaterio, evaluada mediante los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Tabla 12. Correlación entre las variables sociodemográficas con la calidad de vida en el climaterio evaluada mediante los dominios del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Dominio vasomotor	Dominio psicosocial	Dominio físico	Dominio sexual
Edad	Rho de Spearman	,286**	,097	,308**	,344**
	Sig. (bilateral)	,000	,087	,000	,000
Estado civil	Coefficiente de contingencia	,185	,171	,192	,308**
	Sig. (bilateral)	,356	,497	,293	,000
Procedencia	Coefficiente de contingencia	,168*	,160*	,105	,143
	Sig. (bilateral)	,011	,017	,177	,040
Ocupación	Coefficiente de contingencia	,169	,302**	,147	,157
	Sig. (bilateral)	,057	,000	,146	,098
Grado de instrucción	Rho de Spearman	-,148**	-,210**	-,172**	-,066
	Sig. (bilateral)	,009	,000	,002	,248
Ingreso económico	Rho de Spearman	,072	,080	,032	-,012
	Sig. (bilateral)	,204	,160	,569	,836
Total		310	310	310	310

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados de la correlación entre las variables sociodemográficas y la calidad de vida en el climaterio evidencian asociaciones de diversa magnitud e importancia estadística en los distintos dominios evaluados. Se observa que la edad presenta una correlación positiva y significativa con los dominios vasomotor ($\rho=0.286$, $p<0.001$), físico ($\rho=0.308$, $p<0.001$) y sexual ($\rho = 0,344$, $p<0.001$), lo que indica que, a mayor edad, mayor es el deterioro percibido en estos aspectos. Contrariamente, el grado de instrucción muestra correlaciones negativas significativas en dominios vasomotor ($\rho=-0.148$, $p<0.01$), psicosocial ($\rho=-0.210$, $p<0.01$) y físico ($\rho=-0.172$, $p<0.01$), revelando que una mayor educación se asocia a un mejor manejo de los bochornos, el bienestar emocional y la salud física. Estos hallazgos subrayan el rol protector de la educación formal contra el deterioro climatérico, mientras la edad avanzada emerge como relación de riesgo crítico.

En cuanto al estado civil, solo se observa una asociación significativa con el dominio sexual (coeficiente de contingencia = 0.308, $p<0.001$), lo que podría reflejar una influencia de la dinámica de pareja en la vida íntima. La procedencia rural se asocia débilmente con los dominios vasomotor ($p=0.011$) y psicosocial ($p=0.017$), reflejando posibles disparidades geográficas en acceso a salud. Mientras que la ocupación se asocia con el dominio psicosocial (coeficiente de contingencia = 0.302, $p<0.001$), estas relaciones evidencian que factores contextuales modificables inciden selectivamente en dimensiones de la calidad de vida, siendo la inserción sociolaboral especialmente relevante para la estabilidad psicológica.

Llama la atención la ausencia de correlaciones significativas entre el ingreso económico y todos los dominios MENQOL ($p>0.05$ en todos los casos), contradiciendo supuestos teóricos sobre recursos económicos y bienestar en climaterio. Tampoco se observan asociaciones relevantes entre estado civil y dominios no sexuales. Pese a esto, los resultados enfatizan la necesidad de políticas centradas en educación femenina y apoyo psicosocial para mujeres mayores, particularmente en contextos andinos.

Tabla 13. Correlación entre las variables metabólico-nutricionales con la calidad de vida en el climaterio evaluada mediante los dominios del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Dominio vasomotor	Dominio psicosocial	Dominio físico	Dominio sexual
IMC	Rho de Spearman	,246**	,250**	,326**	,198**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
Actividad física	Rho de Spearman	-,265**	-,342**	-,334**	-,262**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
Consumo de suplementos vitamínicos	Coefficiente de contingencia	,220**	,230**	,115	,073
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,125	,434
Consumo de alcohol	Rho de Spearman	,144*	,148**	,199**	,079
	Sig. (bilateral)	,011	,009	,000	,165
Consumo de tabaco	Coefficiente de contingencia	,085	,046	,103	,071
	Sig. (bilateral)	,325	,717	,191	,457
Total		310	310	310	310

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se evidencia la correlación de las variables metabólico - nutricionales y la calidad de vida en mujeres climatéricas evaluadas en sus múltiples dominios. El Índice de Masa Corporal (IMC) presenta correlaciones positivas robustas (ρ entre 0.198 y 0.326; $p < 0.01$) en los cuatro dominios del cuestionario, indicando que el exceso ponderal se asocia sistemáticamente con mayor severidad de síntomas vasomotores, alteraciones psicosociales, limitaciones físicas y disfunción sexual. Paralelamente, la actividad física exhibe correlaciones inversas altamente significativas (ρ entre -0.262 y -0.342; $p < 0.01$) en todos los dominios, confirmando que la práctica regular de ejercicio funciona como factor protector integral. Estas relaciones subrayan la sinergia negativa entre obesidad y sedentarismo como determinantes críticos del deterioro multifacético durante el climaterio, con implicaciones fisiopatológicas en cascadas inflamatorias, resistencia insulínica y desregulación neuroendocrina.

Respecto a otras variables, el consumo de suplementos vitamínicos correlaciona positivamente solo con mejorías en dominios vasomotor y psicosocial (coeficiente de contingencia = 0.220 y 0.230; $p < 0.01$), sugiriendo un efecto modulador selectivo sobre bochornos y bienestar emocional, pero sin impacto significativo en la esfera física o sexual. El consumo de alcohol, aunque minoritario, muestra asociaciones negativas débiles en síntomas vasomotores ($\rho = 0.144$; $p < 0.05$), psicosociales ($\rho = 0.148$; $p < 0.01$) y físicos ($\rho = 0.199$; $p < 0.01$), evidenciando su potencial rol agravante en comorbilidades metabólicas. Contrariamente, el tabaquismo no registra correlaciones significativas en ningún dominio, posiblemente debido a su baja prevalencia (4.2%) que limita el poder estadístico. Estos hallazgos jerarquizan intervenciones, como priorizar el manejo ponderal y la prescripción de actividad física como estrategias centrales, complementadas con suplementación dirigida y reducción de alcohol, adaptadas al perfil epidemiológico andino.

Tabla 14. Correlación entre las variables ginecológicas con la calidad de vida en el climaterio evaluada mediante los dominios del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Dominio vasomotor	Dominio psicosocial	Dominio físico	Dominio sexual
Edad de menarquía	Rho de Spearman	,100	,182**	,194**	,162**
	Sig. (bilateral)	,080	,001	,001	,004
Cantidad de hijos	Rho de Spearman	,152**	,248**	,245**	,186**
	Sig. (bilateral)	,007	,000	,000	,001
Cantidad de abortos	Rho de Spearman	,001	-,047	-,058	-,054
	Sig. (bilateral)	,981	,412	,307	,343
Uso de terapia hormonal	Coefficiente de contingencia	,227**	,194**	,130	,225**
	Sig. (bilateral)	,000	,002	,069	,000
Total		310	310	310	310

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La edad de menarquía muestra correlaciones positivas significativas con dominios psicosocial ($\rho=0.182$; $p=0.001$), físico ($\rho=0.194$; $p=0.001$) y sexual ($\rho=0.162$; $p=0.004$), indicando que una menarquía tardía (mayor edad) se asocia a peor salud emocional, limitaciones funcionales y disfunción sexual durante el climaterio. Paralelamente, la cantidad de hijos presenta correlaciones positivas robustas en todos los dominios: vasomotor ($\rho=0.152$; $p=0.007$), psicosocial ($\rho=0.248$; $p<0.001$), físico ($\rho=0.245$; $p<0.001$) y sexual ($\rho=0.186$; $p=0.001$), revelando que la multiparidad (especialmente ≥ 4 hijos) agrava sintomatología climatérica integral. En contraste, la cantidad de abortos no muestra correlaciones significativas con ninguno de los dominios, lo que indica que este antecedente no influye de forma relevante en la percepción de calidad de vida en esta población.

Destaca el uso de terapia hormonal menopaúsica (THM), con fuertes asociaciones positivas en dominios vasomotor (coeficiente de contingencia = 0.227 ; $p<0.001$), psicosocial (coeficiente de contingencia = 0.194 ; $p=0.002$) y sexual (coeficiente de contingencia = 0.225 ; $p<0.001$), confirmando su eficacia para aliviar bochornos, mejorar bienestar psicológico y función íntima, aunque sin impacto significativo en el ámbito físico ($p=0.069$). Finalmente, llama la atención la ausencia de correlación significativa entre la cantidad de abortos, sugiriendo que las pérdidas gestacionales no influyen directamente en la calidad de vida climatérica en esta cohorte. Este hallazgo contrasta con la sólida asociación observada en la paridad, lo que implica que son los eventos reproductivos culminados (partos), no las interrupciones, los que dejan huella fisiopatológica a largo plazo. Y todos estos patrones exigen intervenciones centradas en control ginecológico continuo y acceso equitativo a THM, especialmente en multíparas con menarquía tardía.

Tabla 15. Correlación para las variables edad de última gestación (con su media) y edad de última menstruación (con su media) con la calidad de vida durante el climaterio, evaluada mediante los dominios del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

	N	Media	DE		Dominio vasomotor	Dominio psicosocial	Dominio físico	Dominio sexual
Edad de última gestación	303	34.86	3.742	Rho de Spearman	-,011	-,043	,158**	,029
				Sig.	,854	,455	,006	,611
Edad de última menstruación	223	44.56	2.182	Rho de Spearman	,028	-,037	,117	,105
				Sig.	,677	,588	,082	,118
Total					310	310	310	310

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se examina la relación entre dos hitos ginecológicos clave, siendo la edad promedio de la última gestación, de 34.86 años (DE=3.74), mientras que la edad media de la última menstruación fue de 44.56 años (DE=2.18), lo cual es consistente con el periodo reproductivo habitual en mujeres peruanas. En cuanto al análisis correlacional, se observa que la edad de la última gestación no guarda relación significativa con los dominios vasomotor, psicosocial o sexual, pero sí presenta una correlación positiva con el dominio físico ($\rho=0.158$; $p=0.006$). Esto sugiere que, a mayor edad del último parto, mayor deterioro en la salud física durante el climaterio, posiblemente por el estrés metabólico acumulado, cambios en la composición corporal o secuelas osteomusculares de embarazos tardíos.

Por otro lado, la edad de la última menstruación no presenta correlaciones estadísticamente significativas con ninguno de los dominios del MENQOL ($p>0.05$ en todos los casos), aunque se observa una ligera tendencia positiva con los dominios físico y sexual. Metodológicamente, la diferencia en el tamaño muestral entre variables (303 para última gestación vs. 223 para menopausia) limita la comparación directa. No obstante, los resultados enfatizan el impacto a largo plazo de la gestación tardía en la salud física climatérica, relevante para programas de seguimiento ginecológico en mujeres peruanas de altitud.

Tabla 16. Relación entre estado civil, grado de instrucción, ingreso económico y actividad física con el dominio vasomotor en mujeres climatéricas en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Dominio Vasomotor							
		CdV buena		CdV moderada		CdV mala		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Estado civil	Soltera	5	15.2	10	30.3	18	54.5	33	100.0
	Casada	14	16.1	27	31.0	46	52.9	87	100.0
	Conviviente	12	9.0	31	23.1	91	67.9	134	100.0
	Divorciada	0	0.0	4	36.4	7	63.6	11	100.0
	Separada	4	14.3	9	32.1	15	53.6	28	100.0
	Viuda	0	0.0	6	35.3	11	64.7	17	100.0
Grado de instrucción	Sin estudios	2	10.0	4	20.0	14	70.0	20	100.0
	Primaria	10	8.8	27	23.9	76	67.3	113	100.0
	Secundaria	18	12.2	43	29.3	86	58.5	147	100.0
	Superior	5	16.7	13	43.3	12	40.0	30	100.0
Ingreso económico	0-500 soles	14	13.0	28	25.9	66	61.1	108	100.0
	500 a 1130 soles	6	12.8	13	27.7	28	59.6	47	100.0
	1130 a 2500 soles	4	19.0	10	47.6	7	33.3	21	100.0
	2500 a 4000 soles	3	33.3	4	44.4	2	22.2	9	100.0
	Más de 4000 soles	0	0.0	3	75.0	1	25.0	4	100.0
	Dependencia económica	8	6.6	29	24.0	84	69.4	121	100.0
Actividad física	Poca o ninguna actividad física	8	6.5	27	21.8	89	71.8	124	100.0
	Menos de 150 minutos semanales	17	12.1	37	26.2	87	61.7	141	100.0
	150 a 300 minutos semanales	9	21.4	22	52.4	11	26.2	42	100.0
	Más de 300 minutos semanales	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

La relación entre ciertas variables sociodemográficas y metabólico – nutricionales como la actividad física, con la calidad de vida en el dominio vasomotor revela patrones relevantes en la población de mujeres en el periodo del climaterio. En cuanto al estado civil, entre las mujeres convivientes, se observa la mayor prevalencia de calidad de vida mala (67.9%), superando ampliamente a casadas (52.9%) y solteras (54.5%). Llama la atención que divorciadas y viudas registran 0% en CdV buena, sugiriendo vulnerabilidad asociada a la falta de apoyo conyugal. En cuanto al grado de instrucción, el impacto es determinante, donde las mujeres sin estudios presentan 70% de CdV mala, mientras aquellas con nivel superior reducen esta cifra a 40%. Esta brecha subraya el rol de la educación como herramienta para el autocuidado y acceso a información sobre manejo climatérico, particularmente relevante en contextos de limitada alfabetización en salud.

La capacidad económica emerge como factor protector clave. Mujeres con ingresos >2500 soles mensuales muestran predominio de CdV buena/moderada (77.8% en el rango 2500-4000 soles), con solo 22.2% en categoría mala. En contraste, aquellas en dependencia económica exhiben 69.4% de CdV mala. La drástica reducción de síntomas en los estratos altos podría vincularse a mejores condiciones ambientales (climatización para bochornos), acceso a terapias no cubiertas por el sistema público, o menor estrés financiero. Estos hallazgos reflejan inequidades en el manejo sintomático, donde la autonomía económica facilita estrategias paliativas inaccesibles para mujeres de bajos recursos.

Finalmente, la actividad física demuestra la asociación más contundente con la mejoría vasomotora. Solo 26.2% de quienes realizan 150-300 min/semana presentan CdV mala, cifra que se eleva al 71.8% en el grupo sedentario. Incluso la actividad física insuficiente (<150 min/semana) reduce significativamente la prevalencia de síntomas severos (61.7% vs. 71.8%). El grupo con >300 min/semana muestra distribución equilibrada (33.3% en cada categoría), aunque su reducido tamaño muestral (n=3) exige cautela. Estos resultados confirman que el ejercicio regular –especialmente en intensidad moderada– es la intervención no farmacológica más eficaz para mitigar bochornos, posiblemente por su efecto en la termorregulación hipotalámica y reducción de estrés oxidativo.

Tabla 17. Relación entre estado civil, grado de instrucción, ingreso económico y actividad física con el dominio psicosocial en mujeres climáticas en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Dominio Psicosocial							
		CdV buena		CdV moderada		CdV mala		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Estado civil	Soltera	0	0.0	11	33.3	22	66.7	33	100.0
	Casada	2	2.3	33	37.9	52	59.8	87	100.0
	Conviviente	2	1.5	37	27.6	95	70.9	134	100.0
	Divorciada	1	9.1	3	27.3	7	63.6	11	100.0
	Separada	1	3.6	7	25.0	20	71.4	28	100.0
	Viuda	0	0.0	3	17.6	14	82.4	17	100.0
Grado de instrucción	Sin estudios	0	0.0	6	30.0	14	70.0	20	100.0
	Primaria	1	0.9	25	22.1	87	77.0	113	100.0
	Secundaria	3	2.0	44	29.9	100	68.0	147	100.0
	Superior	2	6.7	19	63.3	9	30.0	30	100.0
Ingreso económico	0-500 soles	1	0.9	31	28.7	76	70.4	108	100.0
	500 a 1130 soles	1	2.1	18	38.3	28	59.6	47	100.0
	1130 a 2500 soles	3	14.3	13	61.9	5	23.8	21	100.0
	2500 a 4000 soles	0	0.0	8	88.9	1	11.1	9	100.0
	Más de 4000 soles	0	0.0	1	25.0	3	75.0	4	100.0
	Dependencia económica	1	0.8	23	19.0	97	80.2	121	100.0
Actividad física	Poca o ninguna actividad física	2	1.6	18	14.5	104	83.9	124	100.0
	Menos de 150 minutos semanales	1	0.7	49	34.8	91	64.5	141	100.0
	150 a 300 minutos semanales	2	4.8	27	64.3	13	31.0	42	100.0
	Más de 300 minutos semanales	1	33.3	0	0.0	2	66.7	3	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Se evidencia una clara relación entre el estado civil, el nivel educativo, el ingreso económico y la actividad física con la calidad de vida en el dominio psicosocial durante el climaterio. Las mujeres viudas muestran la peor calidad de vida (82.4% CdV mala), seguidas de convivientes (70.9%) y separadas (71.4%). Destaca que ninguna soltera o viuda registra CdV buena. En el ámbito educativo, la brecha es crítica, donde las mujeres con educación primaria presentan 77.0% de CdV mala, mientras aquellas con nivel superior reducen este indicador al 30.0%, con un destacable 63.3% en CdV moderada. Estos resultados subrayan que la viudez y baja escolaridad configuran escenarios de máxima vulnerabilidad psicosocial durante el climaterio, probablemente por limitados recursos de afrontamiento y redes de apoyo.

Respecto a los ingresos económicos, demuestran un efecto umbral claro en el bienestar psicosocial. Mujeres con ingresos mayores a 1130 soles mensuales experimentan mejorías drásticas, donde 76.2% alcanza CdV buena/moderada (vs. 23.8% mala), y en caso de percibir de 2500 a 4000 soles, este indicador llega al 88.9%. Contrasta radicalmente con la dependencia económica, donde 80.2% sufre CdV mala. Estos hallazgos revelan que ingresos ≥ 3.5 veces el salario mínimo peruano (S/1130 en 2025) operan como amortiguadores de trastornos emocionales, posiblemente por acceso a redes sociales, ocio terapéutico y menor estrés financiero.

La actividad física confirma su rol protector, las mujeres que realizan 150-300 min/semana muestran 69.1% en CdV buena/moderada (solo 31.0% mala), superando incluso al grupo con educación superior. En contraste, las sedentarias presentan 83.9% de CdV mala, que es la cifra más alta registrada en la tabla. Notablemente, la actividad física < 150 min/semana ya reduce la prevalencia de CdV mala a 64.5% versus inactividad. Este gradiente dosis-respuesta sugiere que el ejercicio regula mecanismos neuroendocrinos (ej. síntesis de serotonina, reducción de cortisol), siendo la intervención más costo-efectiva para mitigar depresión, ansiedad y aislamiento social durante el climaterio.

Tabla 18. Relación entre estado civil, grado de instrucción, ingreso económico y actividad física con el dominio físico en mujeres climatéricas en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Dominio Físico							
		CdV buena		CdV moderada		CdV mala		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Estado civil	Soltera	2	6.1	19	57.6	12	36.4	33	100.0
	Casada	7	8.0	46	52.9	34	39.1	87	100.0
	Conviviente	4	3.0	60	44.8	70	52.2	134	100.0
	Divorciada	0	0.0	8	72.7	3	27.3	11	100.0
	Separada	2	7.1	11	39.3	15	53.6	28	100.0
	Viuda	0	0.0	10	58.8	7	41.2	17	100.0
Grado de instrucción	Sin estudios	0	0.0	8	40.0	12	60.0	20	100.0
	Primaria	4	3.5	49	43.4	60	53.1	113	100.0
	Secundaria	7	4.8	81	55.1	59	40.1	147	100.0
	Superior	4	13.3	16	53.3	10	33.3	30	100.0
Ingreso económico	0-500 soles	5	4.6	55	50.9	48	44.4	108	100.0
	500 a 1130 soles	3	6.4	19	40.4	25	53.2	47	100.0
	1130 a 2500 soles	3	14.3	14	66.7	4	19.0	21	100.0
	2500 a 4000 soles	1	11.1	5	55.6	3	33.3	9	100.0
	Más de 4000 soles	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	100.0
	Dependencia económica	3	2.4	59	48.8	59	48.8	121	100.0
Actividad física	Poca o ninguna actividad física	3	2.4	43	34.7	78	62.9	124	100.0
	Menos de 150 minutos semanales	4	2.8	82	58.2	55	39.0	141	100.0
	150 a 300 minutos semanales	7	16.7	28	66.7	7	16.7	42	100.0
	Más de 300 minutos semanales	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

La distribución del dominio físico muestra marcadas diferencias según estado civil. Las mujeres convivientes presentan el mayor porcentaje de calidad de vida mala (52.2%), seguido por separadas (53.6%) – posiblemente por mayores cargas familiares no compartidas. Destaca la ausencia de calidad de vida buena en divorciadas y viudas (0.0% en ambos casos), sugiriendo vulnerabilidad psicosocial en estos grupos. En contraste, las solteras registran la mayor calidad de vida moderada (57.6%), quizás asociado a menor estrés de roles múltiples.

En educación e ingresos, se observa un gradiente protector claro. El 60.0% de mujeres sin estudios reportan calidad de vida mala, indicando claramente la existencia de barreras en acceso a salud o autocuidado, frente al 33.3% en educación superior. Esta última muestra el mayor porcentaje de calidad de vida buena (13.3%), respaldando el rol de la educación como determinante estructural. En ingresos, el grupo de ingresos entre 1130-2500 soles evidencia menor calidad de vida mala (19.0%) versus el estrato 500-1130 soles (53.2%), revelando que la pobreza relativa podría ser más crítica que la extrema.

Para concluir, la actividad física emerge como el factor modulador más potente, donde el sedentarismo se vincula con 62.9% de calidad de vida mala, probablemente por menor resiliencia metabólica y cardiovascular. Y cumplir 150-300 minutos semanales reduce drásticamente este indicador a 16.7%, coherente con el efecto antiinflamatorio y neuroendocrino del ejercicio regular, y multiplica la calidad de vida buena (16.7% vs. 2.4% en sedentarias). Esta reducción de 46.2 puntos porcentuales subraya su potencial como intervención costo-efectiva en climaterio.

Tabla 19. Relación entre estado civil, grado de instrucción, ingreso económico y actividad física con el dominio sexual en mujeres climatéricas en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

		Dominio Sexual							
		CdV buena		CdV moderada		CdV mala		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Estado civil	Soltera	6	18.2	7	21.2	20	60.6	33	100.0
	Casada	5	5.7	28	32.2	54	62.1	87	100.0
	Conviviente	1	0.7	23	17.2	110	82.1	134	100.0
	Divorciada	1	9.1	1	9.1	9	81.8	11	100.0
	Separada	1	3.6	6	21.4	21	75.0	28	100.0
	Viuda	1	5.9	0	0.0	16	94.1	17	100.0
Grado de instrucción	Sin estudios	3	15.0	2	10.0	15	75.0	20	100.0
	Primaria	4	3.5	22	19.5	87	77.0	113	100.0
	Secundaria	6	4.1	31	21.1	110	74.8	147	100.0
	Superior	2	6.7	10	33.3	18	60.0	30	100.0
Ingreso económico	0-500 soles	2	1.9	21	19.4	85	78.7	108	100.0
	500 a 1130 soles	4	8.5	9	19.1	34	72.3	47	100.0
	1130 a 2500 soles	4	19.0	10	47.6	7	33.3	21	100.0
	2500 a 4000 soles	0	0.0	3	33.3	6	66.7	9	100.0
	Más de 4000 soles	0	0.0	1	25.0	3	75.0	4	100.0
	Dependencia económica	5	4.1	21	17.4	95	78.5	121	100.0
Actividad física	Poca o ninguna actividad física	1	0.8	17	13.7	106	85.5	124	100.0
	Menos de 150 minutos semanales	8	5.7	32	22.7	101	71.6	141	100.0
	150 a 300 minutos semanales	6	14.3	15	35.7	21	50.0	42	100.0
	Más de 300 minutos semanales	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Se revela patrones críticos en la calidad de vida sexual en las mujeres climatéricas. Las mujeres convivientes presentan el mayor porcentaje de CdV sexual mala (82.1%), seguido de viudas (94.1%) y casadas (62.1%). Destaca que el 60.6% de solteras reportan CdV mala, pero registran el mayor porcentaje de CdV buena (18.2%) entre los estados civiles. Esta disparidad sugiere que la estabilidad de la relación o la ausencia de pareja podrían modular las expectativas y satisfacción sexual, siendo las convivientes particularmente vulnerables, posiblemente por dinámicas de poder en relaciones no formalizadas.

Se mantiene un gradiente protector similar al dominio físico, pero con mayor severidad en relación al grado de instrucción. El 77.0% de mujeres con primaria reportan CdV sexual mala, superando incluso a las mujeres sin estudios (75.0%). La educación superior también muestra relativa ventaja (60.0% CdV mala), siendo aún muy alta. Acerca de la parte económica, los ingresos medios (1130 a 2500 soles) emergen como el único grupo con mayoría de CdV no mala (66.7%), destacando con 47.6% en CdV moderada. El contraste es abrupto, mientras el estrato 500-1130 soles tiene 72.3% de CdV mala, el inmediatamente superior (1130-2500) reduce este indicador a 33.3%, lo que apunta a un umbral económico crítico para acceder a salud sexual o reducir estrés financiero que afecta la intimidad.

Y, por último, la actividad física confirma su rol modulador, donde el sedentarismo se asocia con 85.5% de CdV sexual mala, probablemente por menor bienestar general y flujo sanguíneo pélvico. Realizar 150-300 min/semana reduce esta cifra a 50.0% y multiplica notablemente la CdV buena (14.3% vs. 0.8% en sedentarias). Este salto de 35.5 puntos porcentuales refuerza el impacto del ejercicio en la función vascular y la autoimagen, aunque llama la atención que el grupo de >300 minutos muestre 66.7% de CdV mala, aclarando que cuenta para este grupo un tamaño muestral muy reducido.

OE7: Establecer y analizar la relación entre los estadios del sistema STRAW+10 con la calidad de vida durante el climaterio y los puntajes de los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Tabla 20. Distribución de los estadios del sistema STRAW+10 para las mujeres de 40 a 60 años en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Estadio STRAW+10	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Menos 3	8	2.6
Menos 2	40	12.9
Menos 1	46	14.8
Más 1a	27	8.7
Más 1b	26	8.4
Más 1c	83	26.8
Más 2	80	25.8
Total	310	100.0

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Según la clasificación STRAW+10, se evidencia un claro predominio de estadios posmenopáusicos avanzados. El 26.8% se ubica en +1c, seguido del 25.8% en +2, sumando 52.6% de la muestra. Este predominio explica la alta carga sintomática reportada en dominios físicos y sexuales, asociada al déficit estrogénico sostenido.

Las etapas premenopáusicas muestran baja representación, donde solo 14.8% en -1, 12.9% en -2, y un mínimo de 2.6% en -3. Esta escasez sugiere limitadas oportunidades para intervenciones preventivas en fases iniciales. Los estadios de transición inmediata posmenopáusica (+1a y +1b) concentran 17.1%, etapa crítica donde síntomas agudos como bochornos y sequedad vaginal alcanzan su máxima intensidad.

Tabla 21. Correlación entre la estadificación STRAW+10 con la calidad de vida en el climaterio evaluada mediante los dominios del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

	Dominio vasomotor	Dominio psicosocial	Dominio físico	Dominio sexual
Rho de Spearman	,378**	,175**	,259**	,381**
Sig. (bilateral)	,000	,002	,000	,000
Total	310	310	310	310

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se revela asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$) entre el avance del estadio menopáusico STRAW+10 y el deterioro de la calidad de vida en todos los dominios evaluados. Destacan dos correlaciones moderadas ($p > 0.35$), el dominio sexual ($\rho = 0.381$) y vasomotor ($\rho = 0.378$), indicando que a mayor progresión en la estadificación (principalmente +1c a +2), se intensifican sustancialmente síntomas como sequedad vaginal, dispareunia, bochornos y sudoración nocturna. Esta sinergia refleja la base fisiopatológica común, donde el déficit estrogénico progresivo afecta tanto la termorregulación como la función vascular perineal.

Los dominios físicos ($\rho = 0.259$) y psicosocial ($\rho = 0.175$) muestran correlaciones significativas pero débiles. Mientras el primero podría vincularse a comorbilidades metabólicas asociadas al hipoestrogenismo (osteoporosis, artralgias), la débil asociación psicosocial sugiere que factores contextuales (apoyo social, estrés económico) modulan más este dominio que la propia etapa biológica. Y finalmente, estos hallazgos refuerzan la importancia del estilo de vida y del estadio reproductivo en la experiencia climatérica.

Tabla 22. Relación entre el STRAW+10 y el dominio vasomotor (MENQOL) con la calidad de vida de mujeres climatéricas en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

STRAW+10	Dominio Vasomotor			Total
	Calidad de vida buena	Calidad de vida moderada	Calidad de vida mala	
Menos 3	7	1	0	8
	87.5%	12.5%	0.0%	100.0%
Menos 2	17	18	5	40
	42.5%	45.0%	12.5%	100.0%
Menos 1	4	19	23	46
	8.7%	41.3%	50.0%	100.0%
Más 1a	0	6	21	27
	0.0%	22.2%	77.8%	100.0%
Más 1b	1	8	17	26
	3.8%	30.8%	65.4%	100.0%
Más 1c	3	10	70	83
	3.6%	12.0%	84.3%	100.0%
Más 2	3	25	52	80
	3.8%	31.3%	65.0%	100.0%
Total	35	87	188	310
	11.3%	28.1%	60.6%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

La tabla evidencia una progresión dramática en el deterioro de la calidad de vida vasomotora conforme avanza la estadificación menopáusica. En la premenopausia (Estadios -3 y -2), predominan categorías favorables: el 87.5% de mujeres en -3 reportan CdV vasomotora buena, mientras en -2 prevalece la CdV moderada (45.0%). Este patrón refleja la estabilidad hormonal característica de fases reproductivas tempranas.

El punto de inflexión ocurre en la transición menopáusica (-1), donde el 50.0% desarrolla CdV mala y solo 8.7% mantiene CdV buena. Coincide con el inicio de fluctuaciones estrogénicas que desencadenan síntomas vasomotores. La crisis sintomática alcanza su clímax en +1c (postmenopausia estabilizada), con 84.3% de CdV mala, siendo la cifra más alta registrada en cualquier estadio, explicable por la caída estrogénica abrupta que afecta la termorregulación hipotalámica.

Llama la atención la mejoría relativa en +2 (posmenopausia tardía): aunque 65.0% mantienen CdV mala, se observa recuperación de CdV moderada (31.3% vs. 12.0% en +1c). Sugiere mecanismos de adaptación neuroendocrina tras años de hipoestrogenismo. El contraste es radical, mientras en -3 ninguna mujer reporta CdV mala, en +1c solo 3.6% logra CdV buena. Esta trayectoria valida la fuerte correlación ($\rho=0.378$) reportada en la Tabla 21, subrayando que los estadios +1a a +1c (+1a, 77.8% CdV mala) constituyen la ventana crítica para intervenciones vasomotoras.

Tabla 23. Relación entre el STRAW+10 y el dominio psicosocial (MENQOL) con la calidad de vida de mujeres climatéricas en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

STRAW+10	Dominio Psicosocial			Total
	Calidad de vida buena	Calidad de vida moderada	Calidad de vida mala	
Menos 3	1 12.5%	5 62.5%	2 25.0%	8 100.0%
Menos 2	4 10.0%	20 50.0%	16 40.0%	40 100.0%
Menos 1	0 0.0%	18 39.1%	28 60.9%	46 100.0%
Más 1a	0 0.0%	4 14.8%	23 85.2%	27 100.0%
Más 1b	0 0.0%	6 23.1%	20 76.9%	26 100.0%
Más 1c	0 0.0%	14 16.9%	69 83.1%	83 100.0%
Más 2	1 1.3%	27 33.8%	52 65.0%	80 100.0%
Total	6 1.9%	94 30.3%	210 67.7%	310 100.0%

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

La Tabla revela un deterioro generalizado de la salud psicosocial, donde el 67.7% de las mujeres reportan calidad de vida mala, independientemente del estadio. Sin embargo, se observa una progresión crítica, en estadios premenopáusicos (-3 y -2), predominan categorías favorables (62.5% CdV moderada en -3; 50.0% en -2), sugiriendo resiliencia asociada a estabilidad hormonal y roles sociales activos.

El colapso ocurre en la transición menopáusica (-1), donde el 60.9% desarrolla CdV mala y ninguna reporta CdV buena. Esta tendencia se intensifica en +1a (85.2% CdV mala) y +1c (83.1%), coincidiendo con el pico de síntomas somáticos que exacerbaban ansiedad y aislamiento social. Destaca que en todos los estadios desde -1 hasta +1c (72.6% de la muestra), no se registra ni un solo caso de CdV psicosocial buena.

La mejoría relativa en +2 (posmenopausia tardía) es significativa: aunque 65.0% mantienen CdV mala, el porcentaje de CdV moderada aumenta al 33.8% (vs. 16.9% en +1c). Podría reflejar adaptación psicológica tras años de transición o reducción de disparadores sociales. El contraste es evidente: en +1c, el 83.1% tiene CdV mala frente al 25.0% en -3. Esta trayectoria explica la débil correlación global ($\rho=0.175$ en Tabla 21). Y finalmente, estos resultados sugieren que los síntomas emocionales como ansiedad, tristeza y aislamiento se intensifican con el avance del climaterio, afectando profundamente el bienestar psicológico.

Tabla 24. Relación entre el STRAW+10 y el dominio físico (MENQOL) con la calidad de vida de mujeres climatéricas en el Hospital Túpac Amaru II-E.

STRAW+10	Dominio Físico			Total
	Calidad de vida buena	Calidad de vida moderada	Calidad de vida mala	
Menos 3	4 50.0%	2 25.0%	2 25.0%	8 100.0%
Menos 2	9 22.5%	24 60.0%	7 17.5%	40 100.0%
Menos 1	0 0.0%	27 58.7%	19 41.3%	46 100.0%
Más 1a	0 0.0%	15 55.6%	12 44.4%	27 100.0%
Más 1b	0 0.0%	16 61.5%	10 38.5%	26 100.0%
Más 1c	0 0.0%	34 41.0%	49 59.0%	83 100.0%
Más 2	2 2.5%	36 45.0%	42 52.5%	80 100.0%
Total	15 4.8%	154 49.7%	141 45.5%	310 100.0%

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

La tabla evidencia un deterioro progresivo en la calidad de vida física conforme avanza la estadificación menopáusica, aunque con patrones diferenciados respecto a otros dominios. En premenopausia (-3), el 50.0% de mujeres mantiene CdV física buena, y en -2 predomina la CdV moderada (60.0%) con solo 17.5% de CdV mala. Esta estabilidad inicial refleja la protección hormonal sobre sistemas osteoarticulares y metabólicos.

Un cambio crítico emerge en la transición menopáusica (-1): ninguna mujer reporta CdV física buena (0.0%), con 41.3% ya desarrollando CdV mala. El deterioro culmina en +1c (postmenopausia estabilizada), donde el 59.0% presenta CdV mala, siendo el máximo global asociado a la depleción estrogénica acelerada que afecta masa ósea, cartílago articular y función muscular.

Llama la atención la mejoría relativa en estadios posteriores, mientras en +1b solo 38.5% reporta CdV mala, en +2 (posmenopausia tardía) esta cifra es 52.5%, sugiriendo mecanismos compensatorios a largo plazo. Sin embargo, la ausencia de CdV buena persiste desde -1 hasta +1c (0.0% en todos), indicando daño estructural irreversible. Contrasta la trayectoria con el dominio vasomotor, ya que aquí, +2 muestra 45.0% de CdV moderada (vs. 41.0% en +1c), apuntando a recuperaciones funcionales parciales tras la adaptación al hipoestrogenismo.

Estos resultados reflejan que síntomas como dolores articulares, fatiga, insomnio y cambios corporales son más frecuentes y severos en etapas reproductivas avanzadas, afectando la funcionalidad y el bienestar corporal de forma progresiva.

Tabla 25. Relación entre el STRAW+10 y el dominio sexual (MENQOL) con la calidad de vida de mujeres climatéricas en el Hospital Túpac Amaru II-E.

STRAW+10	Dominio Sexual			Total
	Calidad de vida buena	Calidad de vida moderada	Calidad de vida mala	
Menos 3	3 37.5%	4 50.0%	1 12.5%	8 100.0%
Menos 2	3 7.5%	20 50.0%	17 42.5%	40 100.0%
Menos 1	5 10.9%	12 26.1%	29 63.0%	46 100.0%
Más 1a	1 3.7%	5 18.5%	21 77.8%	27 100.0%
Más 1b	0 0.0%	6 23.1%	20 76.9%	26 100.0%
Más 1c	3 3.6%	10 12.0%	70 84.3%	83 100.0%
Más 2	0 0.0%	8 10.0%	72 90.0%	80 100.0%
Total	15 4.8%	65 21.0%	230 74.2%	310 100.0%

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

La tabla revela que el dominio sexual muestra el deterioro más severo en la calidad de vida (CdV) relacionada con la menopausia, afectando al 74.2% de las mujeres con una valoración "mala". Este declive sigue una progresión alarmante vinculada a la estadificación STRAW+10. En la etapa reproductiva tardía (-3), predominan las categorías positivas, donde el 37.5% reporta una CdV buena y 50.0% moderada, lo que refleja la preservación de la función sexual en esta fase reproductiva. Sin embargo, el punto de quiebre crítico ocurre en la transición menopáusica tardía (-1), donde de manera abrupta el 63.0% desarrolla CdV mala, a pesar de que un 10.9% residual aún mantiene una CdV buena, posiblemente debido a las fluctuaciones hormonales iniciales que afectan la lubricación y la libido.

El deterioro culmina en los estadios avanzados de posmenopausia. En +1c ya se observa un 84.3% de CdV mala, cifra que se profundiza dramáticamente en +2 (posmenopausia tardía) alcanzando el 90.0%, siendo el valor más alto registrado en cualquier dominio o estadio, explicable por la atrofia urogenital sostenida y cambios en la dinámica de pareja. Este patrón sugiere un efecto acumulativo del hipoestrogenismo sobre los tejidos vulvovaginales. A diferencia de otros dominios, no se observa recuperación: ninguna mujer en +1b o +2 reporta CdV buena (0.0%), y solo un 10.0% en +2 logra una CdV moderada. La llamativa persistencia de un 10.9% de CdV buena en el estadio -1 podría ser una paradoja relacionada con mayor libertad sexual post-reproductiva en algunas mujeres.

Esta trayectoria valida la fuerte correlación estadística hallada en la Tabla 21 ($p=0.381$), subrayando que el daño en la calidad de vida sexual es progresivo y esencialmente irreversible sin intervención, como lo evidencia el abismal contraste entre el 12.5% de CdV mala en -3 y el 90.0% en +2. Esto tiene implicancias clínicas cruciales: los estadios de transición tardía (-1) a posmenopausia temprana inicial (+1a) representan la última ventana crítica para terapias preventivas (como lubricantes o terapia hormonal a baja dosis), al ser los únicos con CdV buena residual. Mientras tanto, los estadios +1c y +2 requieren abordajes agresivos y urgentes (como estrógenos vaginales o psicoterapia de pareja), dada la casi universalidad del deterioro sexual establecido.

OE8: Determinar la calidad de vida global en mujeres durante el climaterio mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.

Tabla 26. Calidad de vida global en mujeres climatéricas en el Hospital Túpac Amaru II-E evaluadas mediante el cuestionario MENQOL, 2025.

Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje	Media	DE
Buena	11	3.5		
Moderada	119	38.4	4.14	1.10
Mala	180	58.1		
Total	310	100.0		

Fuente: Elaboración propia en función de la Ficha de Recolección de Datos

Los resultados presentados en la tabla resumen el nivel general de calidad de vida de las mujeres en etapa climatérica, evaluadas a través del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E. Se observa que la mayoría de las participantes (58.1%) presentan una calidad de vida mala, lo cual evidencia una afectación significativa en múltiples dimensiones —vasomotoras, físicas, psicosociales y sexuales— asociadas al climaterio. Asimismo, un 38.4% reporta una calidad de vida moderada, lo que indica la presencia de síntomas que, si bien no son severos, impactan en el bienestar general. Solo el 3.5% alcanza una calidad de vida buena, lo cual representa una proporción reducida, reflejo de que pocas mujeres transitan por esta etapa con una sintomatología leve o manejable.

La media de puntaje fue de 4.14 con una desviación estándar de 1.10, lo que se ubica en un rango moderado - malo dentro de la escala de evaluación del MENQOL (1 a 8). Esto refuerza la interpretación de que, en general, la calidad de vida se encuentra comprometida en esta población. Estos resultados permiten concluir que el climaterio representa un periodo de considerable vulnerabilidad física y emocional para la mayoría de las mujeres, y se subraya la necesidad de implementar estrategias de atención integral que incluyan asesoría, intervención terapéutica y promoción de estilos de vida saludables.

4.2. Discusión.

Introducción

La menopausia constituye una transición fisiológica crítica en el ciclo vital femenino, caracterizada por alteraciones multifactoriales que afectan sustancialmente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Estas modificaciones abarcan dominios físicos, psicoemocionales y sociales. En contextos geográficos y socioeconómicos específicos, como la región andina peruana de Cusco, estas manifestaciones adquieren particularidades epidemiológicas derivadas de determinantes sociales de la salud, entre los que destacan las disparidades en el acceso a servicios sanitarios.

La investigación presentada aborda la problemática de la calidad de vida en mujeres durante el climaterio desde un análisis multidimensional evaluadas mediante el cuestionario MENQOL y según los estadios STRAW+10, correlacionados con variables sociodemográficas metabólico-nutricionales y ginecológicas en el año 2025, donde se evaluó a 310 mujeres de 40 a 60 años en el Hospital Tupac Amaru II-E.

Los resultados del presente estudio revelan una alta carga sintomática y un deterioro significativo en la calidad de vida durante el climaterio, y el presente análisis compara sus hallazgos con estudios nacionales e internacionales, metaanálisis y el marco teórico, destacando tanto similitudes como divergencias, y con fines de orden, se describirán en función de los objetivos específicos:

- **Dominio Vasomotor**

Los síntomas vasomotores (SVM), como los bochornos, sudores nocturnos y sudoración excesiva, donde el 87.4% de las mujeres experimentó SVM, con un 60.6% clasificando su CdV como "mala" en este dominio, representando una de las manifestaciones más frecuentes y discapacitantes del climaterio, con repercusiones multidimensionales en la CdV de las mujeres.

A nivel internacional, estudios en poblaciones rurales de India (**Nissy⁽¹⁰⁾, 2025; Kalhan⁽²⁰⁾, 2020**) reportaron una prevalencia de síntomas vasomotores entre 68% y 36.7%. Estos trabajos destacaron la coexistencia de SVM con síntomas físicos como dolor musculoesquelético y flatulencia, exacerbando el deterioro

funcional. La dependencia del autocuidado y la baja búsqueda de atención médica (solo 30%) reflejan barreras sistémicas en entornos con recursos limitados. En contraste, en Grecia (**Kyrkou⁽¹¹⁾, 2024**) subrayaron el rol de los determinantes psicosociales, el 63.3% de las mujeres asoció los SVM a ansiedad (64.7%) e insatisfacción personal (60%), mientras en Irán (**Tadayon⁽¹⁸⁾, 2022**), el apoyo social emergió como un factor protector clave, reduciendo el impacto de los SVM en la CdV ($r=-0.281$, $p=0.0001$).

En Australia (**Jahangirifar⁽¹³⁾, 2024**) documentaron que el 66.7% de las mujeres refugiadas en perimenopausia presentó SVM, con un 25% reportando impacto moderado a grave. En América Latina, investigaciones en Colombia (**Espitia⁽¹⁶⁾, 2022**) y Brasil (**Souza⁽²¹⁾, 2020**) aportaron evidencia sobre la interacción entre SVM y factores metabólicos: en el Eje Cafetero, el 71.88% de las mujeres reportó SVM, con puntajes más altos en el dominio vasomotor del MENQOL (7.13 ± 2.54), mientras en Brasil, el IMC elevado y la fase posmenopáusica se asociaron a SVM severos ($OR=4.21$, $p=0.006$), reforzando el vínculo con la obesidad.

En el contexto peruano, en el estudio de Juliaca (**Canaza⁽²²⁾, 2021**), el 64.5% de las mujeres presentó alteraciones en la CdV, con predominio de síntomas somáticos que incluye los SVM, estos resultados sugieren que, incluso en contextos de resiliencia emocional como en Amazonas (**Muñoz⁽²³⁾, 2021**) los SVM persisten como un desafío clínico no resuelto. Y finalmente el eje transversal en la literatura analizada es la influencia del estilo de vida. El sedentarismo, el sobrepeso y el tabaquismo se asociaron consistentemente a SVM más severos. En Cusco, el 71.8% de las mujeres sedentarias reportó impacto "mala" en el dominio vasomotor, respaldando hallazgos del Reino Unido (**Hutchings⁽¹⁵⁾, 2023**) y Brasil (**Souza⁽²¹⁾, 2020**), donde la actividad física regular mostró efectos protectores.

Dominio Psicosocial

Los síntomas psicosociales reportados en este estudio (ansiedad/nerviosismo: 95.8%, depresión/tristeza: 95.2%, impaciencia: 93.9%) superan significativamente los hallazgos de estudios internacionales. Por ejemplo, en el planteado en Grecia (**Kyrkou⁽¹¹⁾, 2024**) observaron que el 60% de las mujeres expresaron insatisfacción personal, mientras que en Kerala, India solo el 7%

reportó estos síntomas (**Nissy⁽¹⁰⁾, 2025**). Estas diferencias podrían atribuirse a disparidades culturales en la percepción de la salud mental, acceso limitado a recursos médicos y una mayor carga socioeconómica, como en la presente muestra (47.1% amas de casa con ingresos \leq 500 soles).

A nivel nacional, los resultados coinciden parcialmente con los resultados en Juliaca (**Canaza⁽²²⁾, 2021**), quienes identificaron alteraciones en la CdV en el 64.5% de mujeres peruanas, aunque con menor impacto psicológico específico (43.8% vs. 67.7% en este estudio). Esta discrepancia podría reflejar metodologías divergentes (MRS vs. MENQOL) o un deterioro acumulado post-pandemia del COVID-19, no captado en estudios anteriores. Además, la correlación entre baja autoestima y CdV reportada en Amazonas (**Muñoz⁽²³⁾, 2021**) resuena con los hallazgos actuales, donde el 70% de las mujeres mostró autoestima alta, pero paradójicamente, elevada sintomatología ansiosa, sugiriendo un enmascaramiento cultural del malestar emocional.

Comparando con estudios en países de ingresos medios-bajos, como en Nepal (**Baral⁽¹⁴⁾, 2023**), donde el nivel educativo y la actividad física fueron predictores clave de calidad de vida, este estudio confirma que el bajo nivel educativo (47.4% solo con secundaria) y el sedentarismo (85.5% con actividad física escasa) exacerban los síntomas psicosociales. Sin embargo, a diferencia de los hallazgos en Iran (**Tadayon⁽¹⁸⁾, 2022**), el apoyo social no se evaluó aquí, lo que limita la comprensión de factores protectores locales.

Dominio Físico

Los síntomas físicos reportados en este estudio, como dolores articulares/musculares (98.4%), fatiga (95.8%), insomnio (68.7%) y retención de líquidos (68.7%), reflejan una carga sintomática superior a la observada en estudios internacionales. Por ejemplo, en India rural (**Kalhan⁽²⁰⁾, 2020**), el 91.1% reportó dolor articular, mientras que Brasil (**Souza⁽²¹⁾, 2020**), la fatiga afectó al 89.25% de las mujeres, valores cercanos pero inferiores a los hallazgos actuales. Estas diferencias podrían atribuirse a factores ambientales (altitud en Cusco, que aumenta el estrés oxidativo y posterior desgaste articular) y a limitaciones en el acceso a terapias sintomáticas, donde en nuestra realidad cusqueña, solo el 3.2% usaba terapia hormonal.

A nivel nacional, los resultados coinciden parcialmente con los hallados en Juliaca (**Canaza⁽²²⁾, 2021**), quienes identificaron afectación somática moderada en el 39.1%, mientras que este estudio registró un 45.5% con CdV física "mala" y 49.7% "regular". Esta divergencia podría explicarse por el uso del MENQOL (más sensible a síntomas específicos) frente a la escala MRS. Además, la alta prevalencia de sobrepeso (42.6%) y sedentarismo (85.5% con actividad física insuficiente) en la muestra actual resuena con hallazgos en Nepal (**Baral⁽¹⁴⁾, 2023**), donde la inactividad incrementó el riesgo de síntomas climatéricos físicos graves con un OR=5.7.

En contraste con estudios en países de altos ingresos, como el Reino Unido (**Hutchings⁽¹⁵⁾, 2023**), donde la calidad de vida mejora en la posmenopausia, este trabajo no evidenció dicha tendencia, posiblemente por la falta de acceso a intervenciones preventivas y el impacto acumulado de comorbilidades no tratadas (46% con hipertensión en el estudio brasileño (**Souza⁽²¹⁾, 2020**) vs. 5.89% con consumo de sustancias psicoactivas aquí). Asimismo, la prevalencia de incontinencia urinaria (71.6%) duplica la reportada en Colombia (**Espitia⁽¹⁶⁾, 2022**) con 48.7%, lo que subraya disparidades en la atención ginecológica y prevención de trastornos del suelo pélvico.

Dominio Sexual

La elevada prevalencia de síntomas sexuales en este estudio, como cambios en el deseo (97.1%), evitación de relaciones (94.5%) y sequedad vaginal (85.2%), supera ampliamente los reportes de la literatura internacional. Por ejemplo, en Australia (**Jahangirifar⁽¹³⁾, 2024**) documentaron sequedad vaginal en el 16.8% de mujeres posmenopáusicas, mientras que en Grecia (**Kyrkou⁽¹¹⁾, 2024**) identificaron alteraciones del deseo sexual en el 54.7%. Estas diferencias podrían explicarse por barreras culturales en la comunicación de problemas íntimos, falta de acceso a lubricantes o terapias locales en el contexto peruano, y la normalización del malestar sexual en poblaciones con alta carga de roles domésticos (47.1% amas de casa). Además, el bajo uso de terapia hormonal (3.2%) agrava la atrofia urogenital no tratada, que es contrastante con el 34% en estudios europeos evidenciados por el *Women's Health Initiative (WHI)*⁽⁵⁵⁾.

A nivel nacional, los resultados divergen parcialmente con los de Juliaca (**Canaza⁽²²⁾, 2021**) quienes reportaron solo 36.7% de mujeres asintomáticas en el dominio urogenital, mientras que este estudio identificó un 74.2% con calidad de vida sexual "mala". Esta discrepancia podría reflejar la mayor sensibilidad del MENQOL para capturar molestias subjetivas, frente a escalas como el MRS. Además, la paradoja observada en Amazonas (**Muñoz⁽²³⁾, 2021**) —alta autoestima (70%) coexistente con disfunción sexual— se repite aquí, sugiriendo un desfase entre la percepción de empoderamiento personal y la salud íntima, posiblemente influenciado por estigmas culturales que disuaden la búsqueda de ayuda.

Comparado con países de ingresos medios, como Irán (**Tadayon⁽¹⁸⁾, 2022**), donde el apoyo social mejoró la CdV sexual, este estudio no evaluó dicho factor, limitando la identificación de protectores locales. No obstante, coincidimos con hallazgos en Nepal (**Baral⁽¹⁴⁾, 2023**), donde el bajo nivel educativo y la inactividad física se asociaron a mayor deterioro sexual, como se observó aquí (47.4% con secundaria, 85.5% sedentarias). En contraste con países de alto desarrollo, donde existe una mayor cantidad de uso de lubricantes, una práctica casi inexistente en la muestra actual, lo que refleja desigualdades en educación sexual y acceso a recursos básicos.

Factores Sociodemográficos

Los resultados de esta investigación revelan que los factores sociodemográficos tienen un impacto significativo en la calidad de vida (CdV) de las mujeres durante el climaterio, coincidiendo con hallazgos previos a nivel nacional e internacional, aunque con matices contextuales.

- **Estado Civil**

Las mujeres convivientes (43.2%) y viudas (5.5%) presentaron mayor deterioro en dominios psicosocial y sexual, similar al estudio en Irán (**Tadayon⁽¹⁸⁾, 2022**), que vinculó la falta de apoyo social con peor CdV. En contraste, en el estudio de Amazonas (**Muñoz⁽²³⁾, 2021**), las mujeres con alta autoestima mostraron mejor CdV, lo que sugiere que el estado civil podría influir indirectamente a través del apoyo emocional. La soledad o estrés en relaciones inestables (convivientes) o

la pérdida de pareja (viudas) podrían exacerbar síntomas como ansiedad y disfunción sexual, tal como se evidenció aquí.

- **Procedencia**

Aunque el 78.4% de las participantes eran urbanas, las mujeres rurales (21.6%) mostraron mayor afectación en dominios vasomotor y psicosocial, coincidiendo con estudios en Australia (**Jahangirifar⁽¹³⁾, 2024**), donde poblaciones vulnerables (refugiadas) tenían menor acceso a intervenciones culturalmente sensibles. En Juliaca (**Canaza⁽²²⁾, 2021**) también destacaron brechas urbanorurales en atención primaria, lo que subraya la necesidad de políticas focalizadas en zonas rurales con barreras geográficas y económicas.

- **Ocupación**

El 47.1% de las mujeres eran amas de casa, grupo que mostró mayor deterioro físico y psicosocial. Esto se alinea con el estudio de India (**Deb⁽¹²⁾, 2024**), donde las amas de casa reportaron mayor severidad sintomática, posiblemente por sedentarismo y sobrecarga doméstica. En contraste, en Brasil (**Souza⁽²¹⁾, 2020**) asociaron el sobrepeso con peor CdV, factor que aquí también fue relevante (42.6% con IMC ≥ 25). La combinación de inactividad física y roles domésticos sin apoyo parece agravar síntomas como fatiga y dolor musculoesquelético.

- **Grado de Instrucción**

Las mujeres con menor educación (primaria o sin estudios) tuvieron peor CdV, especialmente en dominios físico y psicosocial (67.3% y 70.0% en CdV mala, respectivamente). Esto coincide con Nepal (**Baral⁽¹⁴⁾, 2023**), donde el logro educativo fue un predictor clave de CdV, y con Juliaca (**Canaza⁽²²⁾, 2021**), que hallaron que el 74.6% de mujeres con solo primaria presentaban alteraciones moderadas a graves. La educación probablemente facilita el acceso a información sobre manejo sintomático y recursos de salud, actuando como factor protector.

- **Ingreso Económico**

El 34.8% de las mujeres tenían ingresos ≤ 500 soles, grupo con mayor deterioro en todos los dominios. Esto refleja hallazgos globales, como en Grecia (**Kyrkou⁽¹¹⁾, 2024**), donde el estatus socioeconómico bajo se asoció con síntomas más graves, y Brasil (**Souza⁽²¹⁾, 2020**), que vincularon ingresos bajos con menor acceso a terapias. En Perú, la dependencia económica (39.0%) exacerbó la CdV mala, evidenciando que la pobreza limita el acceso a nutrición, actividad física y atención médica especializada.

Factores metabólico-nutricionales

Los resultados del presente estudio evidencian que los factores metabólico-nutricionales desempeñan un papel crítico en la calidad de vida (CdV). Estos hallazgos se alinean con investigaciones internacionales y nacionales previas, aunque con matices propios de la población estudiada.

- **Índice de Masa Corporal (IMC)**

En este estudio, el 42.6% de las mujeres presentó sobrepeso (IMC 25–29.9) y el 21.9% obesidad (IMC ≥ 30), correlacionándose significativamente con un deterioro en los dominios físico (Rho de S = 0.326) y vasomotor (Rho de S = 0.246). Estos resultados coinciden con estudios en Brasil (**Souza⁽²¹⁾, 2020**), que identificaron al IMC elevado como predictor de mayor deterioro en la CdV. La acumulación de tejido adiposo visceral, asociada al hipoprogesteronismo posmenopáusicos, podría exacerbar síntomas como bochornos y fatiga, tal como se observó en la cohorte de Cusco. Sin embargo, a diferencia de lo evidenciado en Reino Unido (**Hutchings⁽¹⁵⁾, 2023**), donde el IMC se vinculó también al dominio psicosocial, siendo en este caso la asociación menos marcada, posiblemente debido a diferencias culturales en la percepción del peso.

- **Actividad Física**

El 85.5% de las participantes reportó actividad física insuficiente (<150 minutos/semana), asociándose a una CdV física (Rho de S = -0.334) y psicosocial (Rho de S = -0.342) significativamente peor. Estos hallazgos respaldan los de Nepal (**Baral⁽¹⁴⁾, 2023**), quienes destacaron que la actividad física regular reduce síntomas somáticos y mejora el bienestar emocional.

Además, el estudio de Reino Unido (**Hutchings⁽¹⁵⁾, 2023**) encontró que el ejercicio ≥ 2 veces/semana mejora los puntajes en escalas genéricas de CdV (SF-36), lo cual es consistente con los resultados de este trabajo, donde las mujeres que realizaban 150–300 minutos/semana de actividad mostraron menor deterioro en todos los dominios. La baja adherencia al ejercicio en la población de Cusco podría explicarse por falta de acceso a espacios seguros o priorización de roles domésticos.

- **Consumo de Suplementos Vitamínicos**

Solo el 20.6% de las mujeres consumía suplementos vitamínicos, sin correlación significativa con la CdV. Este resultado contrasta con estudios Irán (**Barati⁽¹⁹⁾, 2021**), donde la suplementación con Omega-3 se asoció a mejoras en síntomas físicos. La discrepancia podría deberse a diferencias en el tipo de suplementos utilizados (no especificados en este estudio) o a la falta de educación sobre su uso adecuado en la población peruana. Además, en contextos rurales o de bajos ingresos, como el de Cusco, el acceso a suplementos de calidad es limitado, lo que reduce su impacto potencial.

- **Consumo de Alcohol y Tabaco**

El 92.3% de las participantes reportó consumo nulo o esporádico de alcohol, y el 95.8% no fumaba. Aunque el alcohol mostró una asociación leve con el dominio físico (Rho de $S = 0.174$), su bajo consumo generalizado minimizó su impacto, a diferencia de estudios como el de Nepal (**Baral⁽¹⁴⁾, 2023**), donde el alcohol fue un factor de riesgo clave ($OR=8.0$). En cuanto al tabaco, su escasa prevalencia (4.2%) impidió detectar efectos significativos, divergiendo de hallazgos en poblaciones con mayor prevalencia de tabaquismo, como las de Grecia (**Kyrkou⁽¹¹⁾, 2024**), donde el tabaquismo exacerbaba síntomas psicosociales.

Factores Ginecológicos

Los factores ginecológicos analizados en este estudio revelan patrones significativos al compararse con antecedentes nacionales e internacionales, destacando tanto convergencias como divergencias que enriquecen la comprensión del climaterio en contextos específicos.

- **Edad de Menarquia**

En la población estudiada, la mayoría de las mujeres experimentó la menarquia entre los 12-14 años (51.3%) y 15-17 años (46.5%). Los resultados indican que una menarquia más tardía (15-17 años) se asoció con peor calidad de vida en los dominios psicosocial, físico y sexual (Rho de S = 0.182, 0.194 y 0.162, respectivamente; $p < 0.01$). Este hallazgo contrasta con estudios internacionales como el de India (**Kalhan⁽²⁰⁾, 2020**), que vinculan una menarquia temprana con mayor riesgo de síntomas vasomotores, sugiriendo que la variabilidad hormonal temprana podría exacerbar manifestaciones menopáusicas. Sin embargo, en contextos como el peruano, factores culturales y socioeconómicos podrían modular esta relación. Por ejemplo, una menarquia tardía podría reflejar desnutrición o estrés psicosocial en la adolescencia.

- **Cantidad de Hijos y Abortos**

El 69.0% de las mujeres tuvo entre 1-3 hijos, y este factor mostró una correlación positiva con peor calidad de vida en todos los dominios MENQOL ($p < 0.01$). Este resultado difiere de estudios como el de Australia (**Jahangirifar⁽¹³⁾, 2024**), que no identificaron asociación significativa entre paridad y síntomas menopáusicos. Sin embargo, coincide con hallazgos en poblaciones rurales de India (**Nissy⁽¹⁰⁾, 2025**), donde la multiparidad se vinculó a mayor carga física y psicosocial, posiblemente por el desgaste metabólico acumulado y roles de cuidado. En el contexto peruano, la alta prevalencia de mujeres dedicadas al trabajo doméstico (47.1%) podría exacerbar el impacto de la multiparidad en la CdV, como señala el estudio nacional (**Canaza⁽²²⁾, 2021**).

Respecto a los abortos, el 51.0% reportó 1-2 abortos, pero no se observó correlación significativa con la calidad de vida. Esto contrasta con estudios como el de Colombia (**Espitia⁽¹⁶⁾, 2022**), que asoció abortos recurrentes con mayor riesgo de síntomas urogenitales.

- **Uso de Terapia Hormonal**

Solo el 3.2% de las mujeres utilizaba terapia hormonal, cifra alarmantemente baja comparada con el 34% reportado en estudios europeos. Esta disparidad refleja barreras de acceso, desinformación o estigmas culturales, como se

observa en el estudio de Brasil (**Souza⁽²¹⁾, 2020**), donde el temor a efectos secundarios y la falta de educación médica limitaron su uso. La correlación positiva entre el no uso de terapia hormonal y peor calidad de vida en dominios vasomotor, psicosocial y sexual ($p < 0.01$) subraya la necesidad de políticas que promuevan su prescripción informada.

- **Edad de Última Gestación y Última Menstruación**

La edad promedio de la última gestación fue 34.86 años, mostrando una leve correlación con el dominio físico (Rho de S = 0.158; $p=0.006$). Este dato coincide parcialmente con lo visto en Reino Unido (**Hutchings⁽¹⁵⁾, 2023**), que asociaron embarazos tardíos con mayor riesgo de síntomas musculoesqueléticos debido a cambios metabólicos posparto. Por otro lado, la edad de última menstruación (media 44.56 años) no mostró asociación significativa, a diferencia de estudios como el de India (**Deb⁽¹²⁾, 2024**), donde una menopausia temprana (<45 años) se vinculó a mayor severidad sintomática. Esta discrepancia podría deberse a que la población estudiada en Perú presenta una transición menopáusica dentro del rango promedio global (45-55 años), amortiguando su impacto.

Sistema de estadificación STRAW+10

La aplicación del sistema STRAW+10 en este estudio permitió estratificar con precisión las etapas del climaterio en mujeres, revelando que las etapas posmenopáusicas (+1c y +2) fueron las más prevalentes (26.8% y 25.8%, respectivamente). Estos hallazgos se alinean con estudios internacionales que identifican la posmenopausia como una fase crítica por la persistencia de síntomas, pero contrastan en la magnitud del deterioro de la CdV, lo que refleja particularidades del contexto peruano.

En concordancia con lo visto en Reino Unido (**Hutchings⁽¹⁵⁾, 2023**), se observó que los síntomas alcanzan su pico durante la transición menopáusica (etapas -1 y +1a). Sin embargo, a diferencia de dicho estudio —que reportó una mejora en la posmenopausia—, aquí las etapas +1c y +2 mostraron el mayor deterioro en CdV, especialmente en dominios vasomotor (84.3% con CdV mala en +1c) y sexual (90.0% en +2). Esta discrepancia podría atribuirse a diferencias en el acceso a terapias hormonales (solo 3.2% de uso local vs. 34% del reporte del

WHI) y a la carga acumulada de síntomas no tratados en poblaciones vulnerables.

El dominio físico mostró un deterioro progresivo desde la etapa -1 (41.3% con CdV mala) hasta +2 (52.5%), similar a lo reportado en Irán (**Barati⁽¹⁹⁾, 2021**), donde la posmenopausia se vinculó a mayor prevalencia de artralgias y fatiga. Esto sugiere que el hipoestrogenismo prolongado impacta de manera universal en la salud musculoesquelética, pero con mayor severidad en contextos de limitado acceso a rehabilitación.

4.3. Conclusiones.

El estudio confirma que el climaterio tiene un impacto sustancialmente negativo y multidimensional en la calidad de vida de las mujeres en la región, y los factores sociodemográficos, metabólico-nutricionales y ginecológicos, así como los estadios del sistema STRAW+10, interactúan todos para modular esta experiencia, evidenciando una alta vulnerabilidad que exacerba los desafíos que enfrentan las mujeres durante esta etapa, lo que refleja el reporte de altos porcentajes de la mala calidad de vida, brindándonos a su vez diversas conclusiones específicas, expuestas a continuación:

1. **Cusco en una emergencia silenciosa:** El climaterio impacta severamente la calidad de vida de las mujeres en Cusco, evidenciado por los altos porcentajes de calidad de vida mala en los dominios evaluados por el MENQOL.
2. **Fuego interno en el climaterio:** Los síntomas vasomotores, como bochornos y sudoración nocturna, son extremadamente comunes en mujeres climatéricas en Cusco y contribuyen significativamente a una mala calidad de vida.
3. **Salud mental quebrantada:** Los síntomas psicosociales, como la ansiedad y la necesidad de estar solos, son un ámbito olvidado en nuestra región, pese a ser casi universales y produciendo una mala calidad de vida, evidenciando la necesidad de intervenciones psicológicas urgentes.
4. **Carga física devastadora:** Los síntomas físicos, como los dolores musculares o articulares y la sensación de falta de energía que limita esta presentes en la mayoría de mujeres y afectan su funcionalidad, agrava la dependencia y compromete su calidad de vida.
5. **Salud sexual silenciada:** Los síntomas sexuales, como la sequedad vaginal y la evitación de relaciones íntimas se encontraron en grueso de mujeres, reflejando que no es solo un tema hormonal, es una crisis de salud pública invisibilizada por tabúes que necesita una adecuada educación sexual.
6. **La educación fallida agrava el climaterio:** Las mujeres con un grado de instrucción menor a la secundaria carecen de información sobre manejo de la menopausia, perpetuando prácticas inadecuadas y teniendo más impacto en la calidad de vida.

7. **Ganar menos de 500 soles es una condena:** Las mujeres con dependencia económica o ingresos de menos de 500 soles mensuales, mostraron mayor severidad de síntomas limitando el acceso a tratamientos preventivos y suplementos.
8. **El campo arde más que un bochorno:** Las mujeres rurales en Cusco sufren más bochornos y ansiedad eue se evidencia en una peor calidad de vida vasomotora y psicosocial, relacionada a menor acceso a servicios de salud exigiendo soluciones y quitandole la normalidad a este periodo de vida.
9. **Obesidad y el sedentarismo son unos complices letales:** El exceso de IMC agrava síntomas de forma multidimensional, mientras la inactividad profundiza el malestar global y juntos son predictores importantes de una peor calidad de vida.
10. **La menarquía tardía no es inocua:** Una primera menstruación retrasada marca significativamente décadas después presentando deterioro psicosocial, físico y sexual en el climaterio. Siendo un herida invisible que acumula vulnerabilidades e intervenir en la adolescencia podría reescribir el futuro de la menopausia.
11. **La maternidad repetida como carga:** Cada hijo suma un riesgo en el climaterio, erosionando multidimensionalmente la calidad de vida, por lo que urgen políticas que reconozcan el costo biológico de la maternidad y protejan a las mujeres brindando accesos a rehabilitación posparto.
12. **Negar la terapia hormonal es condenar a las mujeres a un sufrimiento evitable:** La falta de uso de terapia hormonal está significativamente asociada con una peor calidad de vida en múltiples dominios, lo que resalta un vacío en la atención médica, pese a su eficacia comprobada.
13. **STRAW+10 no es solo una clasificación, es un mapa del sufrimiento progresivo:** La calidad de vida durante el climaterio se deteriora progresivamente a medida que las mujeres avanzan por las etapas siendo más devastadores los síntomas.
14. **Olvido estatal, existe una falta de políticas públicas específicas y multidiciplinarias:** No hay intervenciones públicas para mujeres climatéricas en Cusco, ni en todo el Perú a diferencia de iniciativas en países vecinos con contextos similares a los nuestras, evidenciando una necesidad urgente de

capacitación médica en manejo integral de la menopausia que involucre ginecólogos, psicólogos y nutricionistas para abordar dicha problemática.

15. Validar el cuestionario MENQOL en un ambito altoandino no es solo ciencia, es tambien justicia: Es un arma contra el olvido de mujeres andinas, cuyos bochornos y malestares ya no son invisibles. Ahora son voces que exigen políticas de mejora.

La presente tesis no solo confirma tendencias globales sobre la menopausia, que es una realidad oculta, sino que destaca la intersección entre pobreza, cultura y salud reproductiva, exigiendo una transformación sistémica que reconozcan esta etapa como un derecho de salud prioritario, no como un destino inevitable, ya que los hallazgos respaldan la necesidad de políticas sanitarias focalizadas e intersectoriales.

4.4. Sugerencias.

Considerando la alta carga sintomática, la vulnerabilidad socioeconómica y las barreras de acceso a la atención especializada en Cusco, se proponen las siguientes sugerencias, enfocadas en la factibilidad, optimización de recursos y en función de la actividad que realice:

Para los estudiantes de áreas afines a la salud

Como futuros profesionales, no subestimen la etapa del climaterio, se insta a priorizar el abordaje integral en contextos vulnerables como Cusco, donde un gran porcentaje presenta sintomatología grave en múltiples dominios. Desde un enfoque interdisciplinario:

- A estudiantes de medicina, enfermería u obstetricia, diseñar talleres en comunidades vulnerables (preferentemente rurales) sobre síntomas del climaterio y estrategias de autocuidado, usando materiales visuales y lenguaje accesible. Continuar con campañas de atención primaria con enfoque preventivo a mujeres mayores de 40 años. Y idealmente impulsar protocolos accesibles de uso de terapia hormonal para la menopausia.
- A estudiantes de psicología, desarrollar intervenciones culturalmente adaptadas (como terapias cognitivo-conductual idealmente en quechua) para mitigar el aislamiento psicosocial, usando relatos de la cosmovisión andina para resignificar el climaterio como una etapa de sabiduría, no de decadencia.
- A estudiantes de nutrición, diseñar planes basados en evidencia que aprovechen alimentos andinos (quinua, tarwi o kiwicha) para modular síntomas inflamatorios y control de IMC, promoviendo su uso en mercados locales y las ollas familiares.

Estas acciones no solo fortalecen sus competencias clínicas, sino que transforman su rol de estudiantes en agentes de cambio comunitario, reduciendo la brecha entre la teoría universitaria y las necesidades reales de poblaciones vulnerables, el climaterio necesita héroes locales, no esperen a graduarse para serlo.

Para el personal de salud

- **De Atención Primaria**

Incluir en las consultas rutinarias preguntas específicas sobre síntomas climatéricos a todas las mujeres mayores de 40 años, incluso si acuden por otros motivos, usando cuestionarios específicos como el MENQOL para cuantificar la severidad y priorizar casos. Promoviendo siempre estilos de vida saludables, haciendo hincapié en la actividad física regular y la disminución de hábitos nocivos.

- **De manejo Especializado**

Diseñar algoritmos de manejo específicos para cada estadio del sistema STRAW+10, brindar consultas virtuales para mujeres en comunidades alejadas, coordinando con médicos generales o personal del centro de salud local, y ofrecer terapia hormonal a mujeres sin contraindicaciones, explicando sus beneficios y riesgos en lenguaje sencillo, priorizando formulaciones de fácil acceso económico.

Idealmente tener un manejo conjunto, implementando un sistema que permita a médicos de atención primaria registrar síntomas, comorbilidades e impacto en la calidad de vida, facilitando el seguimiento a los ginecólogos los cuales indican las terapias especializadas, y posteriormente evaluando adherencia a tratamientos y complicaciones en meses futuros.

Para organismos de gobierno

- **Para Municipalidades**

Desarrollar programas de educación comunitaria, donde se realicen talleres informativos sobre el climaterio y estrategias de autocuidado, fomentando la confianza hacia la medicina occidental pero potenciando a su vez el uso de medicina tradicional local. Promover la participación de líderes comunitarias y promotores de salud para reducir estigmas y fomentar la discusión abierta sobre la salud reproductiva. Y crear grupos de ejercicio adaptados a mujeres en climaterio, como caminatas, deportes individuales y colectivos para mejorar síntomas físicos y reducir el estrés.

- **Para Gobiernos Regionales**

Implementar y asignar recursos a programas de formación continua (capacitaciones) para médicos, enfermeras y psicólogos en el manejo integral del climaterio, incluyendo uso de terapia hormonal y abordaje psicosocial. Y garantizar la disponibilidad de tratamientos no hormonales en centros de salud primaria para mujeres con contraindicaciones a la terapia hormonal. Y por supuesto generando subsidios para terapias hormonales y suplementos nutricionales en poblaciones vulnerables.

- **Para el Ministerio de Salud (MINSA)**

Contar con una política nacional de salud climatérica, elaborando una guía de práctica clínica nacional estandarizada para el diagnóstico y manejo del climaterio, integrando los cuestionarios especializados como el MENQOL en las historias clínicas de evaluación rutinaria. Incluir la terapia hormonal menopáusica (THM) en el petitorio de medicamentos esenciales para garantizar su disponibilidad tanto en zonas rurales y urbanas. Y desarrollar campañas mediáticas (TV, radio, redes sociales) que promuevan la búsqueda de atención médica temprana en la mujeres climatéricas. Generar alianzas con Organizaciones Internacionales como la OMS o OPS para financiamiento y transferencia de tecnología.

Para futuras investigaciones

- **Consolidación de Evidencia:** Primeramente promover estudios locales viables y seguros que integren enfoques de uso de medicina tradicional que sean culturalmente relevantes. Posteriormente generar promover estudios multicéntricos que apliquen metodologías como el MENQOL en diversas regiones (Costa, Sierra, Selva) para identificar disparidades geográficas y culturales. Además, investigar barreras de acceso a la terapia hormonal en zonas urbanas como rurales, vinculando su falta de disponibilidad con el deterioro en calidad de vida, especialmente en poblaciones de bajos recursos.
- **Temas de Impacto Social y Económico:** Desarrollar estudios longitudinales que sigan cohortes desde estadios STRAW bajos, analizando factores acumulativos como estrés crónico o dieta, intervinientes cómo violencia, inequidad laboral o comorbilidades asociadas que generan vulnerabilidad. Realizar análisis costo-beneficio

de políticas públicas (dirigidas al acceso de terapia hormonal gratuita) versus gastos en complicaciones crónicas.

- **Enfoques Innovadores y Tecnología:** Incorporar herramientas disruptivas como inteligencia artificial para adaptar cuestionarios digitales (como el MENQOL con algoritmos predictivos) para manejar la sintomatología con más impacto en la calidad de vida. Explorar biomarcadores inflamatorios (IL-6, TNF- α) y variantes genéticas en poblaciones andinas para entender la severidad de síntomas. E idealmente incluir en un futuro wearables para monitoreo fisiológico continuo.

Para el Hospital Túpac Amaru II-E

Implementar una Unidad de Climaterio que utilice herramientas de medición específica de calidad de vida como el MENQOL para personalizar la atención. Capacitar al personal en estas metodologías, permitiendo identificar a las mujeres más vulnerables. Incluir equipos multidisciplinarios (ginecólogos, nutricionistas, psicólogos) y colaborar con sanadores tradicionales lo que asegura un enfoque integral que respete la cosmovisión altoandina, abordando no solo el cuerpo, sino el contexto cultural y socioeconómico que amplifica el malestar.

Diseñar talleres prácticos de nutrición para combatir factores metabólicos críticos, y crear círculos de apoyo (la tesis propone “Warmi Tinkuy”) liderados por mujeres para romper el estigma y promover el manejo de síntomas del climaterio. Paralelamente, establecer protocolos de terapia hormonal segura, priorizando a pacientes con antecedentes ginecológicos complejos y peores puntuaciones en el MENQOL. Estas acciones, integradas a campañas de salud pública, convertirán al hospital en un referente de prevención y educación intercultural en climaterio.

Impulsar estudios longitudinales que midan el impacto de las intervenciones propuestas y buscar alianzas con universidades o organismos no gubernamentales para financiarlos. Publicar anualmente un informe sobre la realidad del Climaterio con datos de mujeres que usuarias del hospital para sensibilizar sobre la urgencia de políticas que prioricen esta etapa.

4.5. Impacto y contribución.

Esta tesis desentraña el climaterio en el corazón de los Andes, usando un cuestionario validado como el MENQOL y un sistema de estadificación tan moderno como el STRAW+10, revelando cómo los bochornos, la falta de energía y el aislamiento en mujeres del Hospital Túpac Amaru no son solo síntomas, sino heridas de inequidad. Los datos gritan que factores sociodemográficos, como la procedencia rural, tener bajos ingresos o una escasa educación agravan los múltiples dominios, mientras los factores metabólico-nutricionales (sobrepeso y sedentarismo) y los antecedentes ginecológicos (multiparidad y privación de la terapia hormonal) actúan como cómplices silenciosos del malestar.

Aquí, la menopausia no es un evento aislado, es un espejo de vulnerabilidades acumuladas. Pero este estudio no se limita a diagnosticar o solo describir las principales relaciones, expone cómo la altitud, la cultura y el acceso limitado a salud reproductiva convierten el climaterio en un evento biocultural. Estos hallazgos son un martillo que rompe mitos, exige políticas públicas con unidades especializadas en climaterio y formación en salud intercultural, mientras sientan un precedente científico para poblaciones históricamente ignoradas.

En el Cusco, a miles de metros sobre el nivel del mar, esta tesis no cierra un capítulo, abre una lucha. Cada codificación de participante tiene rostro e historia propia, cada correlación es un reclamo de dignidad. No es solo ciencia, es un acto de justicia que convierte la menopausia de las mujeres andinas de tabú a bandera, demostrando que, cuando la ciencia escucha a quienes el sistema silencia, la investigación no solo describe realidades, las transforma.

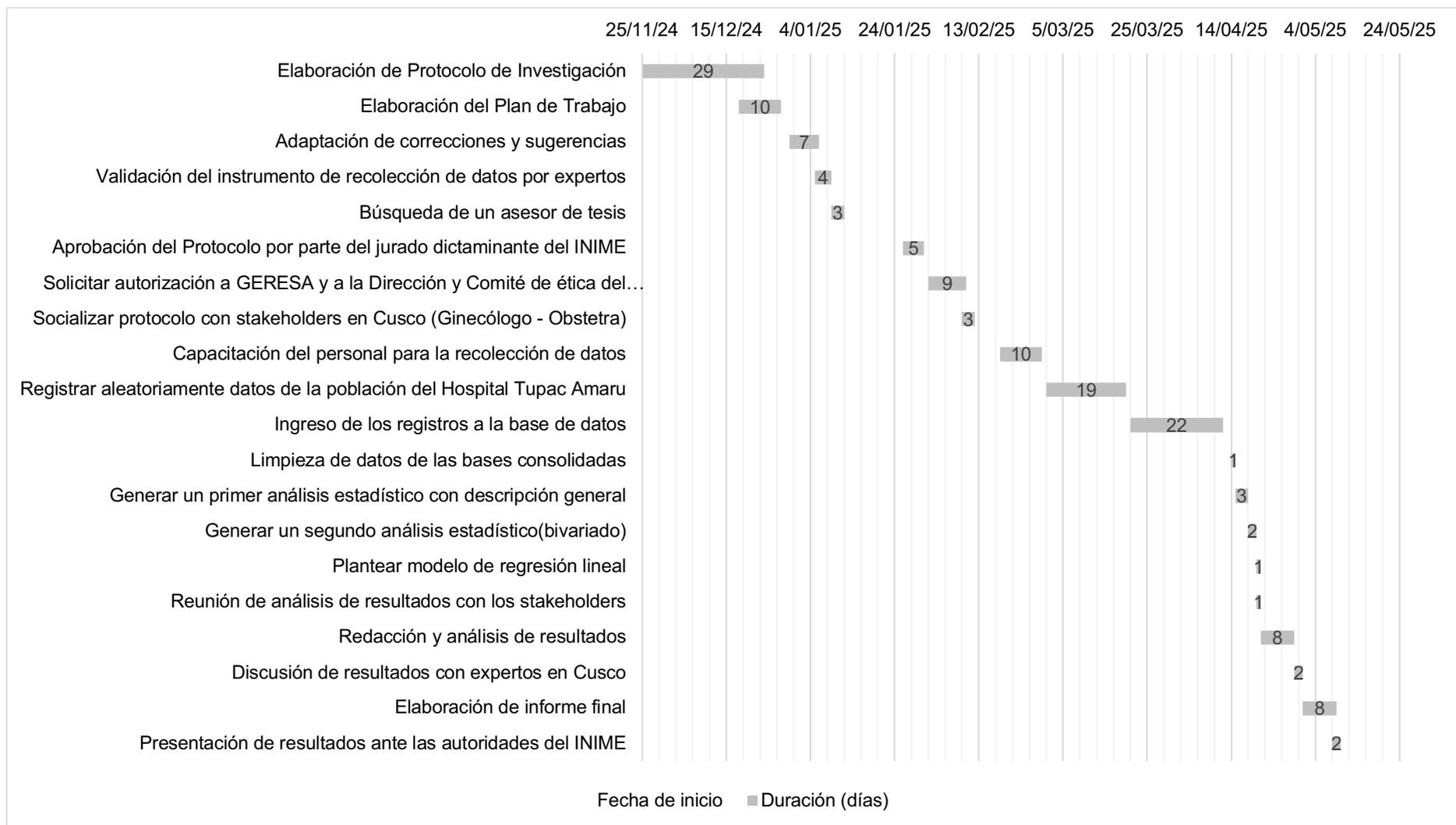
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Categoría	Descripción	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Material de escritorio	Papel bond A4 de 80g	Paquete de 1000 unidades	10	S/. 18.00	S/. 180.00
	Papel de colores A4	Paquete de 1000 unidades	5	S/. 32.00	S/. 160.00
	Lapicero azul Faber-Castell®	Unidad	20	S/. 1.00	S/. 20.00
	Lapicero negro Faber-Castell®	Unidad	20	S/. 1.00	S/. 20.00
	Resaltador Faber-Castell®	Unidad	10	S/. 4.00	S/. 40.00
	Sobre manila grafipapel A4 Artesco®	Paquete de 50 unidades	5	S/. 15.80	S/. 79.00
	Marcador permanente Sharpie®	Unidad	10	S/. 2.80	S/. 28.00
	Micas Portapapel de Polipropileno A4 Vinifan®	Paquete de 10 unidades	20	S/. 6.10	S/. 122.00
	Tablero de plástico oficio Artesco®	Unidad	3	S/. 12.00	S/. 36.00
Servicio de impresiones y anillado	Impresiones de ficha de recolección	Unidad	300	S/. 0.15	S/. 45.00
	Impresión de proyecto de investigación	Unidad	5	S/. 45.00	S/. 225.00
Servicio de transporte	Gasolina premium	Galones	10	S/. 17.56	S/. 175.60
	Pasajes de taxi	Unidad	30	S/. 7.00	S/. 210.00
Servicios básicos	Telefonía móvil	Servicio	20	S/. 5.00	S/. 100.00
	Internet	Servicio	Durante 12 meses	S/. 39.90	S/. 478.80
Recursos Humanos	Recolectores de datos	Servicio	2 por 2 meses	S/. 1200.00	S/. 2400.00
	Promotor de salud y controles	Servicio	1	S/. 930.00	S/. 930.00
Total					S/. 7 539.39

El presupuesto total es de S/. 5 250.39 (cinco mil doscientos cincuenta soles con treinta y nueve centavos), los cuales serán financiados por el tesista o por un programa de financiamiento CONCYTEC - UNSAAC.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tarea y/o Actividad	Fecha de inicio	Duración (días)	Fecha final
Elaboración de Protocolo de Investigación	25/11/24	29	24/12/24
Elaboración del Plan de Trabajo	18/12/24	10	28/12/24
Adaptación de correcciones y sugerencias	30/12/24	7	6/01/25
Validación del instrumento de recolección de datos por expertos	5/01/25	4	9/01/25
Búsqueda de un asesor de tesis	9/01/25	3	12/01/25
Aprobación del Protocolo por parte del jurado dictaminante del INIME	26/01/25	5	31/01/25
Solicitar autorización a GERESA y a la Dirección y Comité de ética del Hospital Túpac Amaru	1/02/25	9	10/02/25
Socializar protocolo con stakeholders en Cusco (Ginecólogo - Obstetra)	9/02/25	3	12/02/25
Capacitación del personal para la recolección de datos	18/02/25	10	28/02/25
Registrar aleatoriamente datos de la población del Hospital Túpac Amaru	1/03/25	19	20/03/25
Ingreso de los registros a la base de datos	21/04/25	2	23/04/25
Limpieza de datos de las bases consolidadas	24/04/25	1	25/04/25
Generar un primer análisis estadístico con descripción general	25/04/25	3	28/04/25
Generar un segundo análisis estadístico(bivariado)	28/04/25	2	30/04/25
Plantear modelo de regresión lineal	30/04/25	1	1/05/25
Reunión de análisis de resultados con los stakeholders	2/05/25	1	3/05/25
Redacción y análisis de resultados	1/05/25	8	9/05/25
Discusión de resultados con expertos en Cusco	9/05/25	2	11/05/25
Elaboración de informe final	10/05/25	8	18/05/25
Presentación de resultados ante las autoridades del INIME	18/05/25	2	20/05/25



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blümel JE, Lavín P, Vallejo MS, Sarrá S. Menopause or climacteric, just a semantic discussion or has it clinical implications? *Climacteric*. junio de 2014;17(3):235–41.
2. Carter AE, Merriam S. Menopause. *Med Clin North Am*. marzo de 2023;107(2):199–212.
3. WHO. Menopausia [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
4. Affairs D of E and S. World Population Ageing 2023: Challenges and Opportunities of Population Ageing in the Least Developed Countries. 1st ed. Bloomfield: United Nations Research Institute for Social Development; 2024. 1 p. (Statistical Papers - United Nations (Ser. a), Population and Vital Statistics Report).
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores [Internet]. 2022. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
6. Tserotas K, Blümel JE. Menopause research in Latin America. *Climacteric*. el 2 de enero de 2019;22(1):17–21.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Población estimada y proyectada por sexo y tasa de crecimiento promedio anual, según año calendario, 1980-2025 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/population-estimates-and-projections/>
8. Ministerio de Salud (MINSA). Análisis de Situación de Salud del Perú, 2021 [Internet]. OMEGA REPRESENTACIONES Y SERVICIOS S.R.L.; 2023. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6279.pdf>
9. Soto Cortez Y. Características del Climaterio en Mujeres de la Ciudad del Cusco. *SITUA*. el 6 de enero de 2020;20(1–2):43–50.

10. Nissy VL, Bhaskaran GG, Lal SS, Mini GK. Menopause-Specific Quality of Life among Rural Women: A Community-based Cross-sectional Study in Kerala, India. *J -Life Health*. enero de 2025;16(1):67–75.
11. Kyrkou GA, Karozi E, Bothou A, Deltsidou A, Diamanti A, Tsinisizeli N, et al. Menopause and Quality Among Life of Greek Women in Rural Areas. *Cureus* [Internet]. el 30 de octubre de 2024 [citado el 11 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/306335-menopause-and-quality-among-life-of-greek-women-in-rural-areas>
12. Deb A, Rath K, Nayak N, Behera A. A study to assess the prevalence of menopausal symptoms and its impact on quality of life in the menopausal women in a selected Urban community, Kolkata, West Bengal. *IP J Paediatr Nurs Sci*. el 28 de abril de 2024;7(1):28–33.
13. Jahangirifar M, Islam RM, Davis SR, Fooladi E. The prevalence and severity of vasomotor and sexual symptoms among refugee women in Australia. *Climacteric*. el 3 de julio de 2024;27(4):398–405.
14. Baral S, Kaphle HP. Health-related quality of life among menopausal women: A cross-sectional study from Pokhara, Nepal. Dhangal G, editor. *PLOS ONE*. el 20 de enero de 2023;18(1):e0280632.
15. Hutchings HA, Taylor N, Remesh A, Rafferty J. A study evaluating quality of life and factors affecting it before, during and after menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. octubre de 2023;289:100–7.
16. Espitia De La Hoz FJ. Prevalencia y caracterización de los síntomas de la menopausia en mujeres climatéricas del Eje Cafetero (Colombia), 2018-2020. *Univ Médica* [Internet]. el 29 de noviembre de 2022 [citado el 15 de mayo de 2025];63(3). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/34657>
17. Llango Lema KE, Céspedes Cueva JC. Quality of life for women in menopause. *Salud Cienc Tecnol*. el 20 de septiembre de 2022;2:78.
18. Tadayon M, Sayahi R, Mousavi P, Haghhighy MH. Association Between Social Support and Quality of Life of Postmenopausal Women: A Cross-Sectional

Study in the South West of Iran. *J Midwifery Reprod Health* [Internet]. diciembre de 2023 [citado el 10 de mayo de 2025];(Online First). Disponible en: <https://doi.org/10.22038/jmrh.2022.67711.1983>

19. Barati M, Akbari-heidari H, Samadi-yaghin E, Jenabi E, Jormand H, Kamyari N. The factors associated with the quality of life among postmenopausal women. *BMC Womens Health*. diciembre de 2021;21(1):208.

20. Kalhan M, Singhanian K, Choudhary P, Verma S, Kaushal P, Singh T. Prevalence of menopausal symptoms and its effect on quality of life among rural middle aged women (40–60 Years) of Haryana, India. *Int J Appl Basic Med Res*. 2020;10(3):183.

21. Souza Guerra GE, Prates Caldeira A, Piana Santos Lima De Oliveira F, Santos Figueiredo Brito MF, De Oliveira Silva Gerra KD, Mendes D'Angelis CE, et al. Quality of life in climacteric women assisted by primary health care. Veauthier C, editor. *PLOS ONE*. el 27 de febrero de 2019;14(2):e0211617.

22. Canaza Vilca J, Mamani Ramos C. Calidad de vida de las mujeres en fase del climaterio en una Unidad del Primer Nivel de Atención. *Rev Cuid Salud Pública*. el 31 de diciembre de 2021;1(2):86–92.

23. Muñoz Julca KM, Ordinola Ramírez CM, Herrera García YI. Calidad de vida y autoestima en mujeres en etapa de menopausia, Jazán, Perú. *Rev Científica UNTRM Cienc Soc Humanidades*. el 19 de agosto de 2021;4(2):14.

24. WMA - The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado el 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

25. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*. diciembre de 2000;6(2):321–34.

26. Protections (OHRP) O for HR. HHS.gov. 2010 [citado el 6 de enero de 2023]. The Belmont Report. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

27. Morales OB. Sitio Web del Comité de ética en investigación. [citado el 6 de enero de 2023]. Comité de ética en investigación. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/>
28. UNC Research. UNC Research. 2023 [citado el 6 de enero de 2023]. Nuremberg Code. Disponible en: https://research.unc.edu/human-research-ethics/resources/ccm3_019064/
29. Davis SR, Pinkerton J, Santoro N, Simoncini T. Menopause—Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*. septiembre de 2023;186(19):4038–58.
30. Kabir MR, Chan K. Menopausal experiences of women of Chinese ethnicity: A meta-ethnography. Di Donato V, editor. *PLOS ONE*. el 13 de septiembre de 2023;18(9):e0289322.
31. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab*. el 1 de enero de 2021;106(1):1–15.
32. Col NF, Fairfield KM, Ewan-Whyte C, Miller H. Menopause. Laine C, Goldmann DR, Sox HC, editores. *Ann Intern Med*. el 7 de abril de 2009;150(7):ITC4-1.
33. McKinlay SM. The normal menopause transition: an overview. *Maturitas*. marzo de 1996;23(2):137–45.
34. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *J Clin Endocrinol Metab*. abril de 2012;97(4):1159–68.
35. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Fertil Steril*. noviembre de 2001;76(5):874–8.
36. Page CE, Soreth B, Metcalf CA, Johnson RL, Duffy KA, Sammel MD, et al. Natural vs. surgical postmenopause and psychological symptoms confound the effect of menopause on executive functioning domains of cognitive experience.

Maturitas. abril de 2023;170:64–73.

37. The North American Menopause Society The North American Menopause Society. Menopause Practice: A Clinician's Guide. 6th ed. Pepper Pike, Ohio; 2018.

38. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. Am J Med. diciembre de 2005;118(12):14–24.

39. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. Maturitas. enero de 1992;14(2):103–15.

40. Rapkin AJ. Vasomotor symptoms in menopause: physiologic condition and central nervous system approaches to treatment. Am J Obstet Gynecol. febrero de 2007;196(2):97–106.

41. Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen E, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. Menopause. agosto de 2021;28(8):875–82.

42. Nappi RE, Siddiqui E, Todorova L, Rea C, Gemmen E, Schultz NM. Prevalence and quality-of-life burden of vasomotor symptoms associated with menopause: A European cross-sectional survey. Maturitas. enero de 2023;167:66–74.

43. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. JAMA Intern Med. el 1 de abril de 2015;175(4):531.

44. Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. Maturitas. febrero de 2009;62(2):153–9.

45. Faubion SS, Enders F, Hedges MS, Chaudhry R, Kling JM, Shufelt CL, et al. Impact of Menopause Symptoms on Women in the Workplace. Mayo Clin Proc. junio de 2023;98(6):833–45.

46. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of Hormones

and Menopausal Status With Depressed Mood in Women With No History of Depression. *Arch Gen Psychiatry*. el 1 de abril de 2006;63(4):375.

47. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Sutton-Tyrrell K, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition *. *Menopause*. enero de 2003;10(1):19–28.

48. Freedman RR, Roehrs TA. Sleep disturbance in menopause. *Menopause*. septiembre de 2007;14(5):826–9.

49. Greendale GA, Karlamangla AS, Maki PM. The Menopause Transition and Cognition. *JAMA*. el 21 de abril de 2020;323(15):1495.

50. Rentz DM, Weiss BK, Jacobs EG, Cherkerzian S, Klibanski A, Remington A, et al. Sex differences in episodic memory in early midlife: impact of reproductive aging. *Menopause*. abril de 2017;24(4):400–8.

51. Greendale GA, Derby CA, Maki PM. Perimenopause and Cognition. *Obstet Gynecol Clin North Am*. septiembre de 2011;38(3):519–35.

52. Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Menopause*. octubre de 2014;21(10):1063–8.

53. Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J, Nohales F, Juliá MD. Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas*. noviembre de 2005;52:46–52.

54. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Menopause could be involved in the pathogenesis of muscle and joint aches in mid-aged women. *Maturitas*. mayo de 2013;75(1):94–100.

55. Barnabei VM, Cochrane BB, Aragaki AK, Nygaard I, Williams RS, McGovern PG, et al. Menopausal Symptoms and Treatment-Related Effects of Estrogen and Progestin in the Women's Health Initiative: *Obstet Gynecol*. mayo de 2005;105(5, Part 1):1063–73.

56. Dennerstein L. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol*. el 23 de agosto de 2000;96(3):351–8.

57. MacGregor EA. Menstruation, sex hormones and migraine. *Neurol Clin.* febrero de 1997;15(1):125–41.
58. Neer RM, on behalf of the SWAN Investigators. Bone loss across the menopausal transition. *Ann N Y Acad Sci.* abril de 2010;1192(1):66–71.
59. Woodard GA, Brooks MM, Barinas-Mitchell E, Mackey RH, Matthews KA, Sutton-Tyrrell K. Lipids, menopause, and early atherosclerosis in Study of Women's Health Across the Nation Heart women. *Menopause.* abril de 2011;18(4):376–84.
60. Derby CA, Crawford SL, Pasternak RC, Sowers M, Sternfeld B, Matthews KA. Lipid Changes During the Menopause Transition in Relation to Age and Weight: The Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol.* el 1 de junio de 2009;169(11):1352–61.
61. Hussain SM, Cicuttini FM, Bell RJ, Robinson PJ, Davis SR, Giles GG, et al. Incidence of Total Knee and Hip Replacement for Osteoarthritis in Relation to Circulating Sex Steroid Hormone Concentrations in Women. *Arthritis Rheumatol.* agosto de 2014;66(8):2144–51.
62. Sternfeld B. Physical Activity and Changes in Weight and Waist Circumference in Midlife Women: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol.* el 1 de noviembre de 2004;160(9):912–22.
63. Wolff EF, Narayan D, Taylor HS. Long-term effects of hormone therapy on skin rigidity and wrinkles. *Fertil Steril.* agosto de 2005;84(2):285–8.
64. Ekblad S, Bergendahl A, Enler P, Ledin T, Möllen C, Hammar M. Disturbances in postural balance are common in postmenopausal women with vasomotor symptoms. *Climacteric.* enero de 2000;3(3):192–8.
65. McNeil MA, Merriam SB. Menopause. *Ann Intern Med.* julio de 2021;174(7):ITC97–112.
66. Tanbo TG, Fedorcsak PZ. Can time to menopause be predicted? *Acta Obstet Gynecol Scand.* noviembre de 2021;100(11):1961–8.
67. Hall JE. Endocrinology of the Menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am.* septiembre de 2015;44(3):485–96.

68. Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* mayo de 2022;81:3–7.
69. Polo-Kantola P, Rantala MJ. Menopause, a curse or an opportunity? An evolutionary biological view. *Acta Obstet Gynecol Scand.* junio de 2019;98(6):687–8.
70. Bani-Irshaid I, Al-Sumadi A. Histological findings in women with postmenopausal bleeding: Jordanian figures. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* julio de 2011;17(7):582–6.
71. Aravazhi M, Breetha V, Ajit R, Sruthi S. Study of histopathological findings and clinical presentation in post-menopausal bleeding. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* el 25 de febrero de 2022;11(3):735.
72. Wang X, Wang L, Xiang W. Mechanisms of ovarian aging in women: a review. *J Ovarian Res.* el 6 de abril de 2023;16(1):67.
73. Shifren JL. Genitourinary Syndrome of Menopause. *Clin Obstet Gynecol.* septiembre de 2018;61(3):508–16.
74. Hall JE. Neuroendocrine physiology of the early and late menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am.* diciembre de 2004;33(4):637–59.
75. Finkelstein JS, Lee H, Karlamangla A, Neer RM, Sluss PM, Burnett-Bowie SAM, et al. Antimüllerian Hormone and Impending Menopause in Late Reproductive Age: The Study of Women’s Health Across the Nation. *J Clin Endocrinol Metab.* el 1 de abril de 2020;105(4):e1862–71.
76. Hee J, MacNaughton J, Bangah M, Burger HG. Perimenopausal patterns of gonadotrophins, immunoreactive inhibin, oestradiol and progesterone. *Maturitas.* diciembre de 1993;18(1):9–20.
77. Nelson LM. Primary Ovarian Insufficiency. *N Engl J Med.* el 5 de febrero de 2009;360(6):606–14.
78. Elting MW, Korsen TJM, Rekers-Mombarg LTM, Schoemaker J. Women with polycystic ovary syndrome gain regular menstrual cycles when ageing. *Hum Reprod.* enero de 2000;15(1):24–8.

79. Black A, Francoeur D, Rowe T. Canadian Contraception Consensus. *J Obstet Gynaecol Can.* marzo de 2004;26(3):219–54.
80. Xu Z, Chung HF, Dobson AJ, Wilson LF, Hickey M, Mishra GD. Menopause, hysterectomy, menopausal hormone therapy and cause-specific mortality: cohort study of UK Biobank participants. *Hum Reprod.* el 25 de agosto de 2022;37(9):2175–85.
81. NAMS. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* julio de 2022;29(7):767–94.
82. Sarri G, Pedder H, Dias S, Guo Y, Lumsden M. Vasomotor symptoms resulting from natural menopause: a systematic review and network meta-analysis of treatment effects from the National Institute for Health and Care Excellence guideline on menopause. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* septiembre de 2017;124(10):1514–23.
83. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. Cochrane Gynaecology and Fertility Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. el 18 de octubre de 2004 [citado el 19 de marzo de 2025];2009(1). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002978.pub2>
84. Baker VL. Alternatives to oral estrogen replacement. Transdermal patches, percutaneous gels, vaginal creams and rings, implants, other methods of delivery. *Obstet Gynecol Clin North Am.* junio de 1994;21(2):271–97.
85. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* noviembre de 2015;100(11):3975–4011.
86. Beral V, Bull D. Endometrial cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *The Lancet.* abril de 2005;365(9470):1543–51.
87. Stute P, Neulen J, Wildt L. The impact of micronized progesterone on the endometrium: a systematic review. *Climacteric.* el 3 de julio de 2016;19(4):316–28.

88. Stanczyk FZ, Hapgood JP, Winer S, Mishell DR. Progestogens Used in Postmenopausal Hormone Therapy: Differences in Their Pharmacological Properties, Intracellular Actions, and Clinical Effects. *Endocr Rev.* el 1 de abril de 2013;34(2):171–208.
89. Formoso G, Perrone E, Maltoni S, Balduzzi S, Wilkinson J, Basevi V, et al. Short-term and long-term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. el 12 de octubre de 2016 [citado el 19 de marzo de 2025];2016(11). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008536.pub3>
90. Witten T, Staszkiwicz J, Gold L, Granier MA, Klapper RJ, Lavespere G, et al. Nonhormonal Pharmacotherapies for the Treatment of Postmenopausal Vasomotor Symptoms. *Cureus* [Internet]. el 17 de enero de 2024 [citado el 19 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/215621-nonhormonal-pharmacotherapies-for-the-treatment-of-postmenopausal-vasomotor-symptoms>
91. Hickey M, Szabo RA, Hunter MS. Non-hormonal treatments for menopausal symptoms. *BMJ.* el 23 de noviembre de 2017;j5101.
92. Wang Y, Miao X, Viwattanakulvanid P. Effects of a therapeutic lifestyle modification intervention on cardiometabolic health, sexual functioning and health-related quality of life in perimenopausal Chinese women: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* abril de 2024;14(4):e082944.
93. Urzúa M A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicológica.* abril de 2012;30(1):61–71.
94. WHO. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* noviembre de 1995;41(10):1403–9.
95. Carr AJ, editor. *Quality of life.* London: BMJ; 2003. 133 p.
96. Ring L. Quality of life. En: Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S, Wallston K, Weinman J, et al., editores. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* [Internet]. 2a ed. Cambridge University Press; 2001 [citado

el 14 de marzo de 2025]. p. 178–82. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511543579A050/type/book_part

97. Sitlinger A, Zafar SY. Health-Related Quality of Life. *Surg Oncol Clin N Am.* octubre de 2018;27(4):675–84.

98. Zöllner Yf, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res.* marzo de 2005;14(2):309–27.

99. Mishra GD, Kuh D. Quality of Life Measures During the Menopause. En: Preedy VR, Watson RR, editores. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2010 [citado el 14 de marzo de 2025]. p. 2593–613. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-78665-0_151

100. Pequeno NPF, Cabral NLDA, Marchioni DM, Lima SCVC, Lyra CDO. Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health Qual Life Outcomes.* diciembre de 2020;18(1):208.

101. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments: *Pharmacoeconomics.* enero de 2000;17(1):13–35.

102. Lovas K, Kaló Z, McKenna SP, Whalley D, Péntek M, Genti G. Establishing a standard for patient-completed instrument adaptations in Eastern Europe: experience with the Nottingham Health Profile in Hungary. *Health Policy.* enero de 2003;63(1):49–61.

103. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* junio de 1992;30(6):473–83.

104. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *Am J Cardiol.* octubre de 1984;54(7):908–13.

105. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425–30.
106. Friganović A, Kovačević I, Kurtović B, Hošnjak AM, Smrekar M, Ledinski Fičko S. Instruments Used in Assessment of Health-Related Quality of Life. *Croat Nurs J*. el 23 de enero de 2023;6(2):153–9.
107. Kupperman HS, Blatt MHG, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol Metab*. junio de 1953;13(6):688–703.
108. Hunter M. The women's health questionnaire: A measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health*. octubre de 1992;7(1):45–54.
109. Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*. mayo de 1998;29(1):25–31.
110. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. el 2 de septiembre de 2004;2(1):45.
111. Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, Schluchter M, Hamilton JC. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause: *Menopause*. noviembre de 2002;9(6):402–10.
112. Palacios S, Ferrer-Barriendos J, José Parrilla J, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clínica*. enero de 2004;122(6):205–11.
113. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, Van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. junio de 1996;24(6):161–75.
114. Radtke JV, Terhorst L, Cohen SM. The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: psychometric evaluation among breast cancer survivors.

Menopause. marzo de 2011;18(3):289–95.

115. Schultz NM, Morga A, Siddiqui E, Rhoten SE. Psychometric Evaluation of the MENQOL Instrument in Women Experiencing Vasomotor Symptoms Associated with Menopause. *Adv Ther.* junio de 2024;41(6):2233–52.

116. Mohamed H, Lamadah S, Zamil L. Quality of life among menopausal women. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2014;552–61.

117. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Factors associated with quality of life of postmenopausal women living in Iran. *BMC Womens Health.* diciembre de 2020;20(1):104.

118. DeCS/MeSH. Descriptores en ciencias de la salud. 2025. Calidad de vida. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=12225&filter=ths_termall&q=calidad%20de%20vida

119. DeCS/MeSH. Descriptores en ciencias de la salud. 2025. Menopausia. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22243&filter=ths_termall&q=menopausia

120. DeCS/MeSH. Descriptores en ciencias de la salud. 2025. Climaterio. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22129&filter=ths_termall&q=climaterio

121. DeCS/MeSH. Descriptores en ciencias de la salud. 2025. Encuestas y Cuestionarios. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28608&filter=ths_termall&q=cuestionario

122. Hernandez-Sampieri R. *Metodologia De La Investigacion.* Mexico; 2014. 600 p.

123. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies. *Chest.* julio de 2020;158(1):S65–71.

124. INEI. Cusco: Resultados definitivos [Internet]. Lima - Perú; 2018.

Disponible

en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1559/08TOMO_01.pdf

125. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*. enero de 2000;34(1):17–23.

ANEXOS

ANEXO 1.- Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARU, 2025.

PRESENTADO POR: Huaraca S.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
<p>PG: ¿Cuál es la calidad de vida de forma multidimensional en mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, mediante el cuestionario MENQOL y según los estadios STRAW+10, correlacionados con las variables sociodemográficas, metabólico nutricionales y ginecológicas en el año 2025?</p> <p>PE1: ¿Qué síntomas existen en las mujeres durante el climaterio en el dominio vasomotor y cual es su impacto en la calidad de vida evaluado mediante el</p>	<p>OG: Determinar la calidad de vida de forma multidimensional en mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, mediante el cuestionario MENQOL y según los estadios STRAW+10, correlacionados con las variables sociodemográficas metabólico-nutricionales y ginecológicas en el año 2025.</p> <p>OE1: Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio vasomotor y su impacto en la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario MENQOL</p>	<p>HG: Existe una correlación significativa entre la calidad de vida multidimensional (dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual) de mujeres en climaterio atendidas en el Hospital Túpac Amaru II-E estadiadas con el sistema STRAW+10 y variables sociodemográficas (grado de instrucción, ingreso económico mensual), metabólico-nutricionales (IMC, actividad física semanal) y ginecológicas (edad de última gestación, edad de menarquia), evidenciando patrones de vulnerabilidad en poblaciones andinas.</p>	<p>Variable independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mujeres en el periodo del climaterio con estadiaje STRAW+10. <p>Variable dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida. <p>Variables intervinientes:</p> <p>Variables Sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad. Estado civil. Procedencia. Ocupación. Grado de instrucción. 	<p>Variable independiente: Estadificación según las Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW).</p> <p>Variable dependiente: Cuestionario MENQOL con sus 4 dominios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vasomotor. Psicosocial. Físico. Sexual. <p>Variables intervinientes:</p> <p>Variables Sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad en años cumplidos. Estado civil actual 	<p>Naturaleza del estudio: Cuantitativo.</p> <p>Tipo de investigación: Correlacional.</p> <p>Diseño de investigación: Descriptivo y observacional.</p> <p>Según el momento de recolección de los datos: Transversal.</p>	<p>Instrumento de recolección de datos El instrumento utilizado para la recolección de datos consiste en una ficha diseñada específicamente para registrar información relacionada con los cambios biopsicosociales del climaterio asociada al cuestionario MENQOL en su versión en español previamente descrito.</p> <p>Plan de análisis de datos En base a la ficha de recolección de datos se realizará un análisis estadístico</p>

<p>cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?</p> <p>PE2: ¿Qué síntomas existen en las mujeres durante el climaterio en el dominio psicosocial y cual es su impacto en la calidad de vida evaluado mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?</p> <p>PE3: ¿Qué síntomas existen en las mujeres durante el climaterio en el dominio físico y cual es su impacto en la calidad de vida evaluado mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?</p> <p>PE4: ¿Qué síntomas existen en las mujeres durante el climaterio en el dominio sexual y cual es su impacto en la calidad de vida evaluado mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?</p> <p>PE5: ¿Cuáles son las características sociodemográficas,</p>	<p>en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.</p> <p>OE2: Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio psicosocial y su impacto en la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.</p> <p>OE3: Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio físico y su impacto en la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.</p> <p>OE4: Identificar los síntomas de las mujeres durante el climaterio en el dominio sexual y su impacto en la calidad de vida evaluada mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.</p> <p>OE5: Describir las características sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas de las mujeres durante el</p>	<p>HE1: En el dominio vasomotor del total de mujeres en el periodo del climaterio, 85% presentaron síntomas como bochornos y sudoraciones nocturnas, replicando hallazgos en poblaciones andinas y presentando una calidad de vida mala en un 70%.</p> <p>HE2: En el dominio psicosocial del total de mujeres en el periodo del climaterio, 60% presentaron síntomas como nerviosismo y ansiedad, sentirse tristes o deprimidas y que se encuentren descontentas con su vida personal, replicando hallazgos en poblaciones de escasos recursos económicos y presentando una calidad de vida moderada en un 60%.</p> <p>HE3: En el dominio físico del total de mujeres en el periodo del climaterio, 90% presentaron síntomas como dolores musculares y/o articulares, sensación de falta de energía y dolores de cabeza o nuca, replicando hallazgos en poblaciones vulnerables al sedentarismo y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso económico mensual. <p>Variables Metabólicas Nutricionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Talla. • IMC. • Actividad física semanal. • Consumo de suplementos vitamínicos. • Consumo de alcohol. • Consumo de tabaco. <p>Variables Ginecológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad de menarquia. • Cantidad de hijos. • Cantidad de abortos. • Edad de última gestación. • Edad de última menstruación. • Uso de terapia hormonal. 	<p>registrado en el DNI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zona de procedencia evaluado en función del distrito de vivienda. • Actividad cotidiana realizada. • Grado de instrucción máximo alcanzado. • Monto de ingreso mensual en soles. <p>Variables Metabólicas Nutricionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso medido en kg. • Talla en m. • Cantidad de actividad física realizada a la semana en minutos. • Consumo o no de suplementos vitamínicos, alcohol y tabaco. <p>Variables Ginecológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad en años de edad de 	<p>Población: Un total de 382 mujeres de 40 a 60 años que acudan o acompañen por algún motivo a un usuario en el Hospital Túpac Amaru del Cusco, 2025.</p>	<p>univariado, bivariado complementado con una regresión lineal. Dichos análisis se realizarán mediante el programa Microsoft Excel 2020 para MacOS y Windows y el paquete estadístico SPSS® Versión 30.0.0 para MacOS y Windows. Y Finalmente, todos los datos serán registrados y entregados en tablas o gráficos.</p>
--	--	--	---	--	---	--

<p>metabólico-nutricionales y ginecológicas de las mujeres durante el climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?</p> <p>PE6: ¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas con la calidad de vida durante el climaterio, evaluada mediante los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?</p> <p>PE7: ¿Qué relación existe entre los estadios del sistema STRAW+10 con la calidad de vida durante el climaterio y los puntajes de los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?</p>	<p>climaterio en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.</p> <p>OE6: Establecer la relación entre las variables sociodemográficas, metabólico-nutricionales y ginecológicas con la calidad de vida durante el climaterio, evaluada mediante los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.</p> <p>OE7: Establecer y analizar la relación entre los estadios del sistema STRAW+10 con la calidad de vida durante el climaterio y los puntajes de los dominios vasomotor, psicosocial, físico y sexual del cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.</p> <p>OE8: Determinar la calidad de vida global en mujeres durante el climaterio mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025.</p>	<p>presentando una calidad de vida mala en un 80%.</p> <p>HE4: En el dominio sexual del total de mujeres en el periodo del climaterio, 80% presentaron síntomas como disminución del deseo sexual y sequedad vaginal durante el acto sexual, replicando hallazgos en poblaciones con características culturales particulares y presentando una calidad de vida mala en un 70%.</p> <p>HE5: En las variables sociodemográficas existe un 30% de mujeres de procedencia rural y 50% de ocupación de ama de casa, en las variables metabólico-nutricionales existe un 80% de mujeres que realiza menos de 150 minutos de actividad física a la semana y para las variables ginecológicas existe un 40% de mujeres que tiene más de 3 hijos y al menos 1 aborto.</p> <p>HE6: Se encontró una fuerte relación estadísticamente significativa para una peor calidad de vida en las mujeres que tienen un IMC>25 y las que realizan menos de 150</p>		<p>inicio de primera menstruación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de hijos y abortos. • Edad de última gestación y menstruación en años. • Uso o no de terapia hormonal. 		
--	--	---	--	--	--	--

<p>PE8: ¿Cuál es la calidad de vida de forma global en mujeres durante el climaterio mediante el cuestionario MENQOL en el Hospital Túpac Amaru II-E, 2025?</p>		<p>minutos de actividad física a la semana.</p> <p>HE7: Según los criterios de estratificación del sistema STRAW+10, un 30% de las mujeres se encuentra en el estadio +1c y 25% en estadio -1, evidenciando un calidad de vida mala en periodos postmenopausicos, donde los dominios más afectados son el físico y sexual evaluadas mediante el cuestionario MENQOL.</p> <p>HE8: La calidad de vida desde un enfoque global sumando todos los puntajes de los 4 dominios del cuestionario MENQOL evidencia que un 60% de las mujeres en el climaterio de 40 a 60 años presentaron un calidad de vida mala.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2.- Instrumento de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS
MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE
EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARU, 2025”**



Codificación: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre y Apellidos: _____

Marcar con un aspa (x) de ser necesario o completar con lo solicitado (____).

Variables Sociodemográficas

1. Edad: _____ años
2. Estado civil:
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Conviviente
 - d. Divorciado
 - e. Separado
 - f. Viudo
3. Procedencia:

Distrito en el que vive: _____

 - a. Urbano.
 - b. Rural.
4. Grado de instrucción:
 - a. Sin estudios.
 - b. Primaria.
 - c. Secundaria.
 - d. Superior (Técnica o Profesional).
5. Especificar ocupación: _____
6. Ingreso económico mensual
 - a. 0 a 500 soles
 - b. 500 a 1130 soles
 - c. 1130 a 2500 soles
 - d. 2500 a 4000 soles
 - e. Más de 4000 soles
 - f. Dependencia económica

Variables Metabólico-Nutricionales

7. Peso: _____ kg

8. Talla: _____ m
9. IMC (Peso/Talla²): _____
10. Actividad física:
 - a. Poca o ninguna actividad física.
 - b. Menos de 150 minutos semanales.
 - c. 150 a 300 minutos semanales.
 - d. Más de 300 minutos semanales.
11. Consumo de suplementos vitamínicos
 - a. SI consume suplementos vitamínicos.
 - b. NO consume suplementos vitamínicos.
12. Consumo de alcohol
 - a. No consume nunca.
 - b. 1 a 2 días a la semana.
 - c. 3 a 4 días a la semana.
 - d. Diariamente.
13. Consumo de tabaco
 - a. SI fuma.
 - b. NO fuma.

Variables Ginecológicas

14. Edad de primera menstruación: _____
15. Cantidad de hijos: _____
16. Cantidad de abortos, ectópicos o mlares: _____

Dominio Vasomotor

- | | | |
|--------------------------------------|---|---------------|
| 1. ¿Tiene bochornos? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. ¿Transpiraciones nocturnas? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3. ¿Más transpiración que lo normal? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |

Domino Psicosocial

- | | | |
|--|---|---------------|
| 4. ¿Está descontenta con su vida personal? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 5. ¿Presenta nerviosismo o ansiedad? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 6. ¿Pérdida de memoria? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 7. ¿Hace menos cosas que las que acostumbraba? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 8. ¿Se siente deprimida o triste? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 9. ¿Es impaciente con las otras personas? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 10. ¿Siente necesidad de estar sola? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |

Dominio Físico

- | | | |
|---|---|---------------|
| 11. ¿Tiene flatulencias, gases o hinchazón abdominal? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 12. ¿Tiene dolores musculares y/o articulares? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 13. ¿Se siente cansada o agotada físicamente? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 14. ¿Tiene dificultad para dormir? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 15. ¿Tiene dolores de cabeza o nuca? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 16. ¿Tiene disminución de la fuerza física? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 17. ¿Tiene disminución de la resistencia física? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 18. ¿Tiene sensación de falta de energía? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 19. ¿Tiene sequedad en la piel? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 20. ¿Tiene aumento de peso? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 21. ¿Tiene aumento de vellos en la cara? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 22. ¿Cambios en la piel como arrugas, manchas? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 23. ¿Retiene líquidos? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 24. ¿Tiene dolor de cintura? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 25. ¿Orina frecuentemente? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 26. ¿Se orina al reír, toser o hacer un esfuerzo? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |

Dominio sexual

- | | | |
|---|---|---------------|
| 27. ¿Ha tenido cambios en su deseo sexual? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 28. ¿Evita las relaciones sexuales? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 29. ¿Tiene sequedad vaginal durante el acto sexual? | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | 0 1 2 3 4 5 6 |

Muchas gracias por su participación

ANEXO 3.- Consentimiento informado

Yo,, con DNI, declaro que he sido informada por el/la investigador/a principal o auxiliar, sobre los siguientes aspectos del estudio titulado “ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARÚ, 2025”:

- Este estudio observacional, descriptivo y transversal busca analizar cómo afecta el climaterio a la calidad de vida de las mujeres mediante el cuestionario *Menopause-specific Quality of Life (MENQOL)*, un instrumento validado en español que evalúa síntomas vasomotores, psicosociales, físicos y sexuales.
- Usted ha sido invitada a participar por estar entre los 40 y 60 años, previa consulta y confirmación de todos los criterios de exclusión evaluados por el encuestador. La participación implica una entrevista de 10 a 15 minutos, donde responderá dicho cuestionario y proporcionará algunos datos sociodemográficos, nutricionales y ginecológicos.
- No existen riesgos físicos asociados al estudio, aunque podría sentir incomodidad al reflexionar sobre síntomas personales durante el cuestionario. Sus respuestas serán anonimizadas y almacenadas en una base de datos segura, accesible solo para el equipo investigador. Los resultados se publicarán de forma agregada, sin identificar a participantes individuales.
- Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Negarse a participar no afectará su atención médica ni otros servicios que brinda el Hospital Túpac Amaru. Y los posibles beneficios de participar en el estudio son contribuir al avance del conocimiento científico sobre las alteraciones en la calidad de la vida de la mujeres en el periodo climatérico.

He leído y comprendido la información anterior y he podido hacer todas las preguntas que he considerado necesarias que fueron absueltas en su totalidad acerca del presente protocolo. Recibiendo una copia de este documento, por todo ello, doy mi consentimiento informado para participar voluntariamente en el estudio.

Firma de la participante

ANEXO 4.- Cuadernillo de validación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CUADERNILLO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

“ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARU, 2025”

Solicitud

Estimado(a) doctor(a): _____

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

“ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARU, 2025”

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS



“ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TÚPAC AMARU, 2025”

En las siguientes preguntas usted evaluara el cuestionario para poder validarlo

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una “X” la respuesta escogida dentro de las 5 opciones que se presentan en los casilleros siendo:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indeciso
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACION DE ENCUESTA

¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

Nombres y Apellidos	
Filiación (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	
Fecha de validación (día/mes/año)	
Firma y sello	

IDENTIFICACIÓN DE LOS EXPERTOS

EXPERTO N° 01

Dra. Vania Ruth Gruschenka Arnez Paz Soldan (17/04/2025)

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital Antonio Lorena

Puntajes por ítem: 5 / 4 / 5 / 5 / 5 / 5 / 4 / 5 / 5

Nombres y Apellidos	Vania Ruth Gruschenka Arnez Paz Soldan
Filiación (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	CMP: 028055 RNE: 014578 Médico asistente especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital Antonio Lorena - HAL
Fecha de validación (día/mes/año)	17 / 04 / 2025
Firma y sello	 Dra. Vania Arnez Paz Soldan GINECOLOGA OBSTETRA CMP: 22066 RNE: 14578

IDENTIFICACIÓN DE LOS EXPERTOS

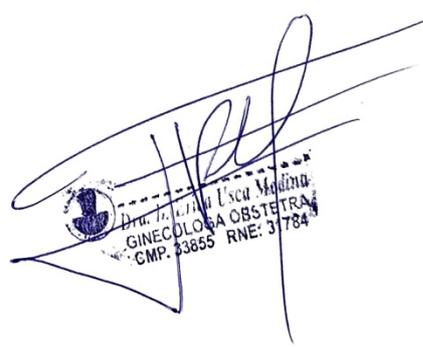
EXPERTO N° 02

Dra. Blanca Erica Usca Medina (16/04/2025)

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional del Cusco

Puntajes por ítem: 5 / 5 / 5 / 5 / 4 / 4 / 5 / 5 / 5

Nombres y Apellidos	<i>Blanca Erica Usca Medina</i>
Filiación (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	<i>CMP: 033855 RNE: 031784</i> <i>Medico Asistente</i> <i>especialista en Ginecologia</i> <i>y Obstetricia - HRC</i>
Fecha de validación (día/mes/año)	<i>16/04/2025</i>
Firma y sello	

IDENTIFICACIÓN DE LOS EXPERTOS

EXPERTO N° 03

Dr. Víctor Raúl Pantoja Calvo (17/04/2025)

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital Antonio Lorena

Puntajes por ítem: 5 / 5 / 5 / 5 / 5 / 5 / 5 / 5 / 4

Nombres y Apellidos	Victor Raúl Pantoja Calvo
Filiación (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	CNP: 038344 RNE: 014589 Médico asistente especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital Antonio Lorena - HAL
Fecha de validación (día/mes/año)	17 / 04 / 2025
Firma y sello	 <p>MINISTERIO DE SALUD Hospital Antonio Lorena Dr. Víctor Raúl Pantoja Calvo DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA CNP 38344 RNE 014589</p>

IDENTIFICACIÓN DE LOS EXPERTOS

EXPERTO N° 04

Dr. Eden David Soto Condori (18/04/2025)

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional del Cusco

Puntajes por ítem: 5 / 5 / 5 / 5 / 5 / 5 / 4 / 5 / 5

Nombres y Apellidos	Eden David Soto Condori
Filiación (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	CMP: 087638 RNE: 050004 Médico Asistente especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital Regional del Cusco - HRC
Fecha de validación (día/mes/año)	18 / 04 / 2025
Firma y sello	  Dr. Eden David Soto Condori MEDICO CIRUJANO CMP 87638 MEDICO GINECO-OBSTETRA RNE 50004

IDENTIFICACIÓN DE LOS EXPERTOS

EXPERTO N° 05

Dr. Daniel Fabricio Puente de la Vega Coronado (18/04/2025)

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco – EsSalud

Puntajes por ítem: 5 / 5 / 4 / 5 / 5 / 5 / 5 / 5 / 5

Nombres y Apellidos	Daniel Fabricio Puente de la Vega Coronado
Filiación (ocupación, grado académico y lugar de trabajo)	CMP: 060390 RNE: 50772 Médico asistente especialista en Ginecología y Obstetricia y Auditoría Médica - EsSalud
Fecha de validación (día/mes/año)	18 / 04 / 2025
Firma y sello	 

ANEXO 5.- Validación del instrumento de investigación

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se utilizó el método de “Distancia del punto medio”

PROCEDIMIENTO

1. Se construyó una tabla donde se colocó los puntajes por ítems y sus respectivos promedios brindados por cinco especialistas en Ginecología y Obstetricia expertos en el tema.

RESULTADOS

Número de Ítem	Calificación de Expertos					Promedio
	A	B	C	D	E	
1	5	5	5	5	5	5
2	4	5	5	5	5	4.8
3	5	5	5	5	4	4.8
4	5	5	5	5	5	5
5	5	4	5	5	5	4.8
6	5	4	5	5	5	4.8
7	4	5	5	4	5	4.6
8	5	5	5	5	5	5
9	5	5	4	5	5	4.8

2. Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + (X - Y_3)^2 + (X - Y_4)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

Donde:

- X: Es el valor máximo en la escala concedido para cada ítem.
- Y: Es el promedio para cada ítem.

Resolución para el presente estudio:

$$DPP = \sqrt{(5-5)^2 + (5-4.8)^2 + (5-4.8)^2 + (5-5)^2 + (5-4.8)^2 + (5-4.8)^2 + (5-4.6)^2 + (5-5)^2 + (5-4.8)^2}$$

$$DPP = \sqrt{0^2 + 0.2^2 + 0.2^2 + 0^2 + 0.2^2 + 0.2^2 + 0.4^2 + 0^2 + 0.2^2}$$

$$DPP = \sqrt{0 + 0.04 + 0.04 + 0 + 0.04 + 0.04 + 0.16 + 0 + 0.04}$$

$$DPP = \sqrt{0.36}$$

$$\mathbf{DPP = 0.6 (RESULTADO)}$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

DISTANCIA MÁXIMA (D máx)

3. Determinando la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D \text{ máx.} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + (X_3 - 1)^2 + (X_4 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Donde:

- X: Es el valor máximo en la escala concedido para cada ítem.
- Y: 1

Resolución para el presente estudio:

$$D \text{ máx.} = \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

$$D \text{ máx.} = \sqrt{4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2 + 4^2}$$

$$D \text{ máx.} = \sqrt{16 + 16 + 16 + 16 + 16 + 16 + 16 + 16 + 16}$$

$$D \text{ máx.} = \sqrt{144}$$

$$\mathbf{D \text{ máx.} = 12 (Resultado)}$$

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la respectiva escala:

$$\text{Resultado} = \frac{D \text{ máx.}}{\text{Valor máximo de la escala}}$$

Resolución para el presente estudio:

$$\mathbf{Resultado = \frac{12}{5} = 2.4}$$

5. Con este último valor hallado se construyó una escala de valor a partir de cero, hasta llegar al valor D máx.; dividiéndose en intervalos iguales entre sí, denominados de la siguiente manera:

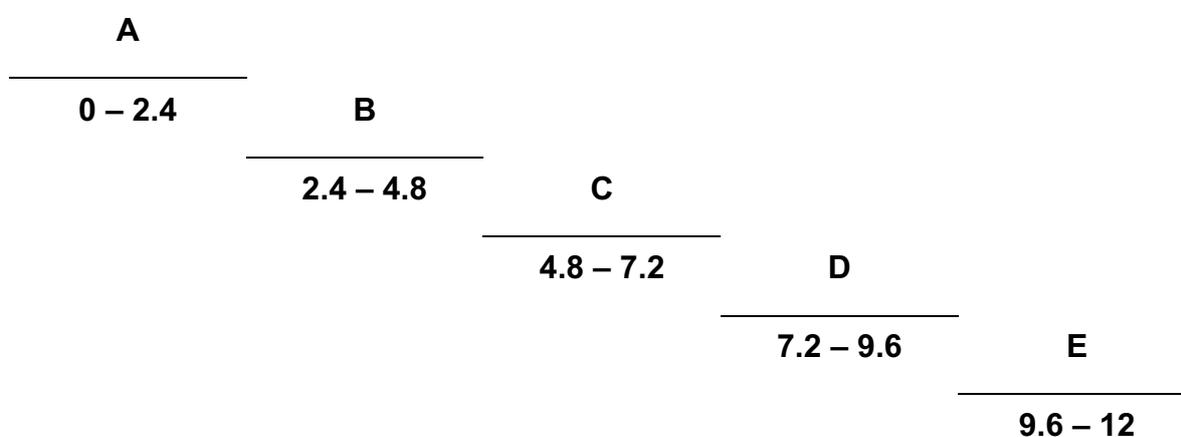
A: Adecuación total.

B: Adecuación en gran medida.

C: Adecuación promedio.

D: Escasa adecuación.

E: Inadecuación.



6. El punto DPP se debería localizar en las **zonas A o B**, caso contrario la encuesta requeriría reestructuración y/o modificación; luego de las cuales se sometería nuevamente a juicio de expertos.

CONCLUSIÓN

El valor hallado del método de “**Distancia del punto medio**” en el presente estudio fue de **0.6** encontrándose en la zona **A**, lo cual significa una

Adecuación total.

ANEXO 6.- Carta de aceptación de recolección de datos



Dirección Regional
de Salud Cusco

Red de Servicios de
Salud Cusco Sur

Hospital
Tupac Amaru



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

OFICIO N° 057-2025-GR CUSCO / DRSC / RSSCS / HTA-II

Señor:

Bach. Sidahin Ranceth Huaraca Paricahua

Ciudad:

Cusco

Asunto: ACEPTACIÓN PARA DESARROLLO DE TESIS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Referencia: Oficio S/N

De mi consideración:

Previo un cordial saludo, quien suscribe **M.C. JULIO CESAR AUCCACUSI RODRIGUEZ** con **CMP 055910**, en mi condición de director del **Hospital Tupac Amaru II-E**, me dirijo a Ud., para informarle que revisado su solicitud donde solicita la aceptación para recolectar datos para el desarrollo del proyecto de tesis denominado **"ENTRE BOCHORNOS Y ANSIEDAD: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL HOSPITAL TUPAC AMARU, 2025"**, comunico a Ud. que mi Dirección, tras revisar el proyecto mediante un comité de ética y ser revisado por el servicio de Ginecología da la **ACEPTACIÓN FAVORABLE**.

Sin otro particular, me suscribo de Ud.

Atentamente



Cusco, 21 de abril del 2025

Cc.
Archivo Hospital Túpac Amaru II-E