Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería

Relación entre la calidad del sueño y síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas del Centro de Salud Las Esmeraldas, Arequipa - 2025

Tesis presentada por:

Ali Sucari, Karla Marcela

ORCID: 0009-0006-4767-0927

De La Cruz Mengoa, Briza Valeria

ORCID: 0009-0001-7487-9121

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesora:

Dra. Chocano Rosas De Vizcarra, Teresa Jesus

ORCID:0000-0003-1610-4819

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 01 de Abril del 2026

Dictamen: 014848-C-FENFER-2026

Visto el borrador del expediente 014848, presentado por:

2016223292 - **ALI SUCARI KARLA MARCELA**
2020897262 - **DE LA CRUZ MENGOA BRIZA VALERIA**

Titulado:

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN MUJERES MENOPÁUSICAS DEL CENTRO DE SALUD LAS ESMERALDAS, AREQUIPA - 2025

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

29406091 - **NUÑEZ CHAVEZ JOSEFINA SONIA**
DICTAMINADOR

45233261 - **CUYA ZEVALLOS CARLA MADELEINE GRACIELA**
DICTAMINADOR

44181419 - **CHAMBI VALDERRAMA BETSY MARIA**
DICTAMINADOR

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN MUJERES MENOPÁUSICAS DEL CENTRO DE SALUD LAS ESMERALDAS, AREQUIPA - 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%	4%	2%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	eprints.ucm.es Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
3	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a Dios, fuente de vida, sabiduría y fortaleza; a mis padres por su amor y apoyo incondicional y a mi abuela por enseñarme que la dedicación abre puertas. A la memoria de mi querido tío, cuya vida y enseñanza siguen inspirándome; a mis docentes de la carrera de Enfermería quienes transmitieron conocimientos, valores y vocación de servicio, gracias por formarme.

Briza Valeria De La Cruz Mengoa.

Dedico este proyecto a Dios, fuente de fortaleza y guía constante en cada etapa de mi camino. A mi madre Marcela y a mi hermana Sara, por su amor incondicional, apoyo constante y fé en mí; han sido mi mayor motivación para seguir adelante y por eso les estoy eternamente agradecida. A mi familia, en especial a mis tíos, tías y a la memoria de mi bisabuela Julia y mi Madre Lita, quienes desde el cielo velan por mí; ellas fueron mi inspiración, mi impulso a no rendirme y a creer siempre en mí.

Karla Marcela Ali Sucari.

Finalmente, dedicamos esta tesis a quienes creyeron en nosotras.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por acompañarnos en este camino, darnos la fortaleza y sabiduría necesarias para culminar este trabajo de investigación.

A nuestros padres y familiares, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación constante.

A la Universidad Católica de Santa María, y de manera especial a la escuela profesional de Enfermería, por la formación académica recibida, que ha sido fundamental para nuestro crecimiento profesional.

Expresamos también nuestro agradecimiento a nuestra asesora y a los docentes de la facultad de enfermería, por su orientación, enseñanzas y acompañamiento a lo largo de nuestra formación Universitaria.

Finalmente agradecemos a todas las personas e instituciones que contribuyeron, directa o indirectamente, a la realización de este trabajo.

RESUMEN

La menopausia constituye una etapa de transición en la vida de la mujer, caracterizada por diversos cambios fisiológicos y emocionales que pueden repercutir en su bienestar general, siendo frecuentes las alteraciones del sueño y la presencia de síntomas de ansiedad. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas atendidas en el Centro de Salud Las Esmeraldas, Arequipa, durante el año 2025. Método: La investigación fue de enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, de tipo descriptivo- correlacional y corte transversal. La población estuvo conformada por mujeres menopáusicas usuarias del mencionado establecimiento de salud. La técnica de recolección de datos fue la Encuesta, y como instrumentos se utilizaron el Cuestionario de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de Ansiedad de Zung (SAS), los cuales permitieron evaluar las variables del estudio. Resultados: Los resultados mostraron que el 61,3 % de las mujeres presentó una calidad de sueño moderadamente alterada, mientras que el 10,0 % evidenció mala calidad de sueño y el 1,3 % presentó indicativos de trastornos graves del sueño. Conclusión: Según el Chi-cuadrado ($p = 0,072$) indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad en las mujeres menopáusicas evaluadas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer intervenciones preventivas y educativas orientadas a mejorar el descanso nocturno y el manejo adecuado de la ansiedad durante esta etapa de la vida.

Palabra clave: Calidad de sueño, ansiedad, menopausia.

ABSTRACT

Menopause constitutes a transition stage in a woman's life, characterized by various physiological and emotional changes that can impact general well-being, with sleep disturbances and symptoms of anxiety being frequent. The objective of this study was to determine the relationship between sleep quality and anxiety symptoms in menopausal women treated at the Las Esmeraldas Health Center, Arequipa, during the year 2025. Method: This quantitative, non-experimental, descriptive-correlational, cross-sectional study employed a cross-sectional design. The population consisted of menopausal women using the aforementioned health facility. Data was collected through a survey, using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and the Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) as instruments to assess the study variables. Results: The results showed that 61.3% of the women presented moderately impaired sleep quality, while 10.0% exhibited poor sleep quality, and 1.3% showed signs of severe sleep disorders. Conclusion: According to the Chi-square ($p=0.072$), there is no statistically significant relationship between sleep quality and anxiety symptoms in the menopausal women evaluated, which highlights the need to strengthen preventive and educational interventions aimed at improving nightly rest and the adequate management of anxiety during this stage of life.

Keywords: Sleep quality, anxiety, menopause.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 2

1. Problema de investigación 3

1.1. Enunciado del problema 3

1.2. Descripción del problema 3

1.2.1. Campo, área y línea de acción 3

1.2.2. Análisis y operacionalización de variables 3

1.2.3. Interrogantes básicas 5

1.2.4. Tipo y nivel de investigación 5

1.3. Justificación del problema 5

2. Marco conceptual 8

2.1. Menopausia 8

2.1.1. Definición 8

2.1.2. Fisiología de la menopausia 9

2.1.3. Características 11

2.1.4. Factores de riesgo en la salud de mujeres en menopausia 14

2.1.5. Impacto en la salud física, mental y calidad de vida de la mujer 15

2.1.6. Rol de enfermería en la salud mental de las mujeres en menopausia 17

2.1.7. Teoría de enfermería de Jean Watson, Imogene King Sistemas 18

2.1.8. Intervenciones de enfermería para mujeres en menopausia 20

2.2. Calidad de sueño 21

2.2.1. Definición 21
2.2.2. Base fisiología del sueño 222
2.2.3. Teorías relacionadas al sueño 24
2.2.4. Factores asociados 25
2.2.5. Componentes del PSQI 27
2.3. Ansiedad 35
2.3.1. Definición 35
2.3.2. Base neurofisiología de la ansiedad 36
2.3.3. Teorías relacionadas a la ansiedad 38
2.3.4. Factores asociados 39
2.3.5. Ansiedad en mujeres menopáusicas 41
2.3.6. Síntomas de ansiedad 41
3. Antecedentes investigativos 42
3.1. Nivel internacional 42
3.2. Nivel nacional 43
3.3. Nivel local 43
4. Objetivos 44
5. Hipótesis 44
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 45
1. Técnicas, instrumentos de verificación 46
1.1. Técnica 46
1.2. Instrumentos 46
1.1. Variables 46
1.2.1. Para la variable independiente 46
1.2.2. Para la variable dependiente 47
2. Campo de verificación 48

2.1. Ubicación espacial 48
2.2. Ubicación temporal 48
2.3. Unidad de estudio 48
2.3.1. Universo 48
2.3.2. Muestra 48
2.4. Criterios de inclusión 48
2.5. Criterios de exclusión 49
2.6. Estrategia para la recolección de datos 49
2.6.1. Organización 49
2.6.2. Análisis estadístico 49
2.6.3. Recursos 50
CAPÍTULO III RESULTADOS 51
CONCLUSIONES 69
RECOMENDACIONES 70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis y operacionalización de variables 3

Tabla 2 Población de estudio según edad 52

Tabla 3 Población de estudio según el estado civil 54

Tabla 4 Población de estudio según el grado de instrucción 56

Tabla 5 Población de estudio según la situación laboral 58

Tabla 6 Población de estudio según la convivencia familiar 60

Tabla 7 Calidad de sueño en la población de estudio 62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Población de estudio según edad 53

Figura 2 Población de estudio según el estado civil 55

Figura 3 Población de estudio según el grado de instrucción 57

Figura 4 Población de estudio según la situación laboral 54

Figura 5 Población de estudio según la convivencia familiar 61

Figura 6 Calidad de sueño en la población de estudio 63

Figura 7 Ansiedad en la población de estudio 66

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado..... 76

Anexo 2 Cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)..... 77

Anexo 3 Instrucciones para calificar el cuestionario
Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) 78

Anexo 4 Ficha Técnica Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) 79

Anexo 5 Cuestionario Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (SAS)..... 80

Anexo 6 Ficha técnica del Cuestionario Escala de Autoevaluación de la
Ansiedad de Zung (SAS) 81

Anexo 7 Constancia de ejecución..... 82

Anexo 8 Matriz de datos 83

INTRODUCCIÓN

La menopausia constituye una etapa natural en la vida de la mujer caracterizada por una serie de cambios fisiológicos y emocionales que pueden impactar su calidad de vida. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran las alteraciones del sueño y los síntomas de ansiedad, ambas condiciones que suelen presentarse de manera simultánea y que, de no ser abordadas adecuadamente, pueden afectar el bienestar físico, emocional y social de las mujeres durante esta etapa. Estos trastornos se asocian con síntomas vasomotores (sofocos y sudoración nocturna), ansiedad, depresión y deterioro cognitivo, lo que repercute negativamente en la calidad de vida de las mujeres (1,2).

La motivación de esta investigación surge de la necesidad de comprender cómo la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad afectan la vida de las mujeres en etapa de menopausia del Centro de Salud Las Esmeraldas, mujeres que asisten a dicho establecimiento donde experimentan con frecuencia dificultades persistentes para dormir, acompañadas de irritabilidad, nerviosismo y otros signos compatibles con ansiedad a pesar de su elevada prevalencia. Por ello, se consideró necesario estudiar la relación entre la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad en esta población, con el fin de generar evidencia que contribuya a mejorar la atención y las intervenciones preventivas.

En el Perú, la relación entre la calidad del sueño y la ansiedad en mujeres menopáusicas es aún limitada, a pesar de que se trata de un problema de salud pública que afecta directamente la salud física, mental y social de la población femenina. Comprender esta relación permitirá diseñar estrategias de intervención desde la enfermería y otras disciplinas de la salud, enfocadas en la prevención, detección temprana y abordaje integral de estas problemáticas.

Finalmente, esta investigación se presenta como un aporte relevante para comprender los factores que influyen en la salud emocional de las mujeres menopáusicas, resaltando la importancia de identificar de qué manera las alteraciones del sueño pueden estar asociadas a la ansiedad en esta etapa.

El trabajo se estructura en tres capítulos: planteamiento teórico, planteamiento operacional y resultados.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

Relación entre la calidad del sueño y síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas. Arequipa - 2025.

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Campo, área y línea de acción

- CAMPO : Ciencias de la Salud
- ÁREA : Enfermería
- LÍNEA : Salud mental.

1.2.2. Análisis y operacionalización de variables

El estudio presenta dos variables:

- **Variable independiente:** Calidad de sueño
- **Variable dependiente:** Síntomas de ansiedad

Tabla 1

Análisis y operacionalización de variables

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Edad	• De 40 a 45 años • De 46 a 51 años • Más de 52 años
2. Situación conyugal	• Soltero • Casada/conviviente • Divorciada/separada • Viuda
3. Grado de instrucción	• Sin estudios • Primaria • Secundaria • Técnico • Universitario
4. Situación laboral	• No trabaja • Trabajo dependiente • Trabajo independiente
5. Tipo de convivencia familiar	• Vive solo • Vive sólo con pareja • Vive con pareja e hijos u otros familiares

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
VARIABLE INDEPENDIENTE		
Calidad de sueño	1. Calidad subjetiva	Valoración del sueño
	2. Latencia del sueño	Tiempo que demora en dormir
	3. Duración del dormir	Horas efectivas de sueño
	4. Eficiencia del sueño	Horas en cama
	5. Alteraciones del Sueño	Despertarse durante el sueño
	6. Uso de medicamentos para dormir	Consumo de fármacos
	7. Disfunción diurna	Somnolencia durante el día
VARIABLE DEPENDIENTE		
Síntomas de ansiedad	1. Afectivos	• Miedo • Temor • Inquietud • Pánico • Nerviosismo • Agitación • Tensión • Llanto • Risa nerviosa • Bajo estado de animo • Apatía • Irritabilidad • Frustración • Cambios de Humor
	2. Somáticos	• Dolor de cabeza • Dolor de espalda • Dolor de pecho • Latidos cardiacos irregulares • Dolor articular • Dolor en brazos o en piernas

***Elaboración propia.**

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cómo se presenta la calidad del sueño en mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas?
- ¿Cuáles son los síntomas de ansiedad que presentan las mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas?
- ¿Existe relación entre la calidad del sueño y síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas?

1.2.4. Tipo y nivel de investigación

- Tipo: Cuantitativo, de campo y de corte transversal
- Nivel: Descriptivo – correlacional (3).

1.3. Justificación del problema

La calidad del sueño y el nivel de ansiedad constituyen dos dimensiones esenciales en la vida de las mujeres, particularmente durante la menopausia, etapa que implica una transición biológica compleja acompañada de múltiples cambios fisiológicos, hormonales y emocionales. Este periodo no solo marca el fin de la vida reproductiva, sino que también conlleva una serie de manifestaciones que pueden alterar de manera significativa el equilibrio integral de la mujer. En este sentido, la alteración del sueño y el incremento de los niveles de estrés no deben entenderse como eventos aislados, sino como fenómenos interrelacionados que inciden directamente en la calidad de vida.

Estas condiciones pueden repercutir en el bienestar físico, generando fatiga y disminución de la energía, así como en la salud mental y emocional, afectando el estado de ánimo, la concentración y la estabilidad psicológica (4).

Contar con evidencia local resulta fundamental para comprender la magnitud real de esta problemática dentro de contextos específicos; permite identificar características propias de la población y factores asociados que podrían pasar desapercibidos en estudios de carácter general. Asimismo, esta evidencia contribuye al diseño de estrategias de intervención más pertinentes y contextualizadas. Para el desarrollo de la presente investigación se emplearán herramientas estandarizadas como el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (SAS), ambos ampliamente reconocidos y validados a nivel internacional.

La utilización de estas herramientas no solo garantiza la confiabilidad de los resultados, sino que también permite una evaluación objetiva y sistemática de las variables de estudio. Este trabajo surge además del interés por visibilizar las necesidades de las mujeres en esta etapa, promover una atención integral basada en evidencia científica y contribuir a la clarificación de dudas, mitos o creencias erróneas relacionadas con el proceso de la menopausia.

De acuerdo con la Declaración de la Conferencia del Panel de Estado de la Ciencia de los NIH sobre el Manejo de los Síntomas Relacionados con la Menopausia, "las mujeres parecen tener más trastornos del sueño a medida que progresan a través de las etapas de la menopausia. La prevalencia varía entre 39% y 47% en la perimenopausia y entre 35% y 60% en la posmenopausia". Esta información evidencia que los problemas relacionados con el sueño no solo son frecuentes, sino que tienden a incrementarse conforme avanza esta etapa, lo que refuerza la necesidad de abordarlos desde una perspectiva preventiva y terapéutica (5).

Asimismo, se ha reportado una mayor prevalencia de posible apnea obstructiva del sueño (OSA) en mujeres postmenopáusicas, alcanzando un 14.6%, en comparación con el 10.4% observado en mujeres pre y perimenopáusicas. Estos datos ponen de manifiesto la relevancia de investigar los trastornos del sueño en esta población, especialmente considerando su estrecha relación con el estrés y con otros problemas de salud que pueden agravar el estado general de la mujer. La coexistencia de estas condiciones puede generar un círculo negativo donde el mal descanso incrementa el estrés, y este, a su vez, empeora la calidad del sueño (6).

Desde el punto de vista científico, la relevancia de este estudio se sustenta en su contribución al conocimiento sobre el cuidado integral de la mujer, particularmente en una etapa que ha sido tradicionalmente subestimada en la investigación. La mujer cumple un rol fundamental dentro de la estructura social, siendo muchas veces eje del funcionamiento familiar y comunitario. Sin embargo, los trastornos del sueño y los niveles elevados de estrés durante la menopausia pueden disminuir su calidad de vida y afectar su desempeño en las actividades cotidianas.

En este contexto, la investigación adquiere un valor significativo al aportar evidencia que permita al personal de salud, especialmente de enfermería, trascender de recomendaciones generales hacia intervenciones específicas basadas en datos concretos que vinculen el descanso con la salud mental. En el ámbito social, identificar y

comprender las problemáticas asociadas a la calidad del sueño y al estrés permite generar propuestas de intervención orientadas a mejorar estas condiciones.

Los resultados de este estudio pueden servir como base para el diseño de programas educativos, estrategias de promoción de la salud y acciones preventivas que contribuyan al autocuidado y al bienestar de las mujeres en etapa menopáusica. De esta manera, se favorece no solo la salud individual, sino también el desarrollo de entornos familiares y sociales más saludables. La relevancia humana del estudio radica en reconocer que la menopausia no es únicamente un proceso biológico, sino una experiencia vital que involucra dimensiones emocionales, sociales y psicológicas.

La calidad del sueño y los síntomas de ansiedad no deben ser vistos solo como indicadores clínicos, sino como vivencias que influyen en la forma en que las mujeres interactúan con su entorno, su familia y consigo mismas. Comprender esta relación permite visibilizar necesidades que muchas veces permanecen ocultas, promoviendo una atención más empática y humanizada que contribuya a mejorar la experiencia de envejecer con dignidad, salud y bienestar.

En cuanto a su relevancia contemporánea, actualmente la salud mental y el descanso adecuado han adquirido un papel prioritario dentro de las agendas sanitarias a nivel global, especialmente en poblaciones vulnerables como las mujeres en etapa menopáusica. La evidencia científica señala que la alteración del sueño y el estrés crónico están asociados con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, lo que repercute negativamente en la calidad de vida y en la productividad social.

Por otro lado, la normativa vigente, como la NTS N° 229-MINSA/DGIESP-2025 sobre el cuidado integral del adulto, brinda un marco que respalda la intervención en aspectos clave como el tamizaje, la detección de riesgos, la consejería integral y la promoción del autocuidado. Esta normativa enfatiza la importancia de la prevención y promoción de la salud en mujeres menopáusicas, lo que refuerza la pertinencia del presente estudio dentro del contexto sanitario actual (7).

Finalmente, este estudio es factible debido a que se cuenta con acceso a la población de Las Esmeraldas, así como con los recursos y el tiempo necesarios para la aplicación de los instrumentos. Asimismo, se plantea como una investigación viable, ya que generará información relevante y actualizada que podrá orientar futuras estrategias de intervención. Esto permitirá fortalecer la atención primaria de salud y promover un enfoque integral en el cuidado de la mujer. Esta investigación adquiere una alta pertinencia científica y social al proporcionar evidencia que contribuya a mejorar la calidad de vida de las mujeres durante la menopausia.

2. Marco conceptual

2.1. Menopausia

2.1.1. Definición

La menopausia es una etapa natural en la vida de la mujer que marca el cese definitivo de la menstruación, marcando el fin de la etapa reproductiva. Se establece clínicamente cuando han transcurrido 12 meses consecutivos sin la presencia de sangrado menstrual. Es importante precisar que la menopausia no constituye una enfermedad ni un trastorno, sino una fase inherente al proceso de envejecimiento femenino. El periodo previo a su instauración se denomina transición menopáusica o perimenopausia, etapa en la que comienzan a presentarse cambios hormonales progresivos que preparan al organismo para esta nueva condición (8).

Desde una perspectiva individual, la menopausia puede variar considerablemente entre mujeres, en algunos casos transcurren sin síntomas evidentes, pero en algunas mujeres, pueden representar un alivio asociados al ciclo menstrual o por un posible embarazo. Sin embargo, existen diversos síntomas que afectan la calidad de vida. Entre los más frecuentes se encuentran los sofocos, sudores nocturnos, dificultades para conciliar o mantener el sueño. A esto se suman alteraciones emocionales como irritabilidad, cambios de humor, dificultades en la memoria, problemas de concentración o la coexistencia de varios de estos síntomas (9).

En términos fisiológicos, la transición hacia la menopausia suele iniciarse con irregularidades en el ciclo menstrual, que pueden manifestarse como cambios en la frecuencia, duración o intensidad del sangrado. Estos cambios responden a la disminución progresiva de la función ovárica y a la variabilidad en la producción de hormonas como los estrógenos. De manera paralela, pueden aparecer síntomas vasomotores, como los sofocos, que son una de las manifestaciones más características de esta etapa. Generalmente, este proceso comienza entre los 45 y 55 años, aunque puede variar según factores individuales, genéticos y contextuales (5).

Durante este periodo de transición, el organismo experimenta modificaciones importantes en su funcionamiento metabólico. La manera en que el cuerpo utiliza y distribuye la energía cambia, lo que puede favorecer un aumento de peso, especialmente por una mayor acumulación de grasa en determinadas zonas del cuerpo. Asimismo, se pueden presentar alteraciones en la densidad ósea,

incrementando el riesgo de fragilidad y osteoporosis, así como cambios en la salud cardiovascular que requieren atención preventiva.

También es posible observar variaciones en la forma y estructura corporal, junto con modificaciones en la función física general, lo que puede influir en la capacidad para realizar actividades cotidianas con la misma facilidad que en etapas anteriores. La menopausia representa una fase compleja que involucra transformaciones biológicas, físicas y emocionales. Comprender estos cambios permite no solo reconocer su carácter natural, sino también promover estrategias de cuidado y adaptación que favorezcan una mejor calidad de vida durante esta etapa (2).

2.1.2. Fisiología de la menopausia

El envejecimiento ovárico es un proceso progresivo que implica una disminución en la capacidad funcional de los ovarios para responder a la estimulación hormonal ejercida por la hipófisis, específicamente por las hormonas foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH). Esta menor sensibilidad desencadena una serie de cambios fisiológicos característicos de la transición hacia la menopausia. Entre las principales modificaciones se encuentra el acortamiento de la fase folicular, lo que se traduce en ciclos menstruales más breves y, en muchos casos, irregulares.

Asimismo, se observa una disminución en la frecuencia de las ovulaciones, lo que refleja una pérdida progresiva de la función ovárica, junto con una menor síntesis de progesterona, hormona esencial para la regulación del ciclo menstrual y la estabilidad del endometrio. Durante la transición hacia la posmenopausia, el sistema endocrino experimenta un periodo de inestabilidad caracterizado por fluctuaciones hormonales significativas. Estas variaciones no siguen un patrón uniforme, sino que reflejan la pérdida gradual de la actividad ovárica.

Con el tiempo, estas fluctuaciones dan paso a una disminución sostenida de los niveles hormonales, especialmente de las hormonas sexuales femeninas, aunque otras hormonas pueden presentar cambios de distinta magnitud según los mecanismos de compensación del organismo. Desde el punto de vista biológico, es relevante considerar que los ovarios cuentan, desde el nacimiento, con una reserva folicular limitada. Esta reserva se va reduciendo de manera continua a lo largo de la vida reproductiva debido a procesos fisiológicos como la atresia folicular y la ovulación.

El agotamiento de esta reserva marca el inicio de la menopausia y conlleva una disminución importante en la capacidad del ovario para producir hormonas. En la etapa premenopáusica, suele predominar un déficit de progesterona, mientras que los niveles de estrógenos pueden mantenerse dentro de rangos relativamente normales durante cierto tiempo. Sin embargo, en la posmenopausia se evidencia una disminución conjunta tanto de progesterona como de estrógenos, lo que repercute en múltiples sistemas del organismo.

Por otro lado, los folículos ováricos no solo participan en la producción de estrógenos, sino que también generan pequeñas cantidades de andrógenos, como la androstenediona y la testosterona. Estas hormonas actúan como precursores en la síntesis de estrógenos mediante procesos de conversión periférica. Tras la menopausia, debido a la ausencia de actividad folicular, este proceso deja de depender principalmente de los ovarios y se traslada al tejido adiposo, el cual adquiere un rol relevante en la producción hormonal.

Este fenómeno se intensifica con el envejecimiento y en condiciones de obesidad, donde el aumento del tejido graso favorece una mayor conversión de andrógenos en estrógenos. En consecuencia, las mujeres con obesidad pueden presentar concentraciones de estrógenos relativamente superiores en comparación con aquellas que mantienen un peso corporal adecuado. Este aspecto introduce una variable importante en la comprensión de los cambios hormonales durante la posmenopausia, ya que puede influir en la manifestación de síntomas y en el riesgo de desarrollar determinadas condiciones de salud (10).

En conjunto, estos procesos reflejan la complejidad del envejecimiento ovárico y su impacto integral en el organismo femenino, destacando la importancia de su estudio para una mejor comprensión del cuidado de la salud en esta etapa de la vida (5).

2.1.3. Características

2.1.3.1. Físicas

Los indicadores del sistema vasomotor constituyen algunas de las manifestaciones más características durante el climaterio y la menopausia. Entre estos destacan los sofocos y la sudoración nocturna, fenómenos que se producen como consecuencia de alteraciones en los mecanismos centrales encargados de la regulación de la temperatura corporal. Estas alteraciones están estrechamente vinculadas con la disminución de los niveles de estrógenos, lo que genera una mayor inestabilidad en el control térmico del organismo.

Como resultado, las mujeres pueden experimentar sensaciones repentinas de calor intenso, acompañadas en muchos casos de sudoración excesiva y, posteriormente, de una sensación de frío, lo que puede afectar significativamente el descanso nocturno y la calidad del sueño. Además de los efectos vasomotores, la disminución de los estrógenos también tiene repercusiones importantes en el sistema reproductor. Entre los cambios más frecuentes se encuentran la sequedad vaginal y la aparición de procesos degenerativos en los tejidos, lo que puede generar molestias, especialmente durante las relaciones sexuales.

Estos cambios no solo tienen implicancias físicas, sino que también pueden influir en la vida emocional y en la percepción de bienestar de la mujer, afectando su autoestima y sus relaciones interpersonales. En el ámbito psicoemocional, es común observar variaciones en el estado de ánimo durante esta etapa. Algunas mujeres pueden presentar síntomas de ansiedad, irritabilidad o incluso episodios depresivos, los cuales pueden estar relacionados tanto con los cambios hormonales como con factores sociales y personales propios de esta etapa de la vida.

La interacción entre estos factores puede intensificar la percepción de malestar y dificultar la adaptación a los cambios propios del climaterio, por lo que resulta fundamental considerar una atención integral que contemple tanto los aspectos físicos como emocionales. Por otro lado, a nivel cutáneo, la aparición de manchas y arrugas constituye una de las características más visibles del envejecimiento asociado al periodo climatérico. La piel, al ser un órgano altamente sensible a los cambios hormonales, se ve directamente afectada por el déficit de estrógenos.

Esta disminución hormonal provoca una reducción en la producción de colágeno, proteína fundamental para mantener la estructura, firmeza y elasticidad de la piel. Como consecuencia, se produce una menor capacidad de retención de agua, lo que favorece la sequedad cutánea, la pérdida de elasticidad y la formación de líneas de expresión y arrugas más marcadas.

En conjunto, estos cambios reflejan cómo la disminución de los estrógenos impacta de manera integral en el organismo femenino, afectando no solo funciones fisiológicas específicas, sino también aspectos emocionales y estéticos que influyen en la calidad de vida durante esta etapa. Comprender estas manifestaciones permite abordar la menopausia desde una perspectiva más amplia, favoreciendo estrategias de cuidado orientadas al bienestar físico y emocional de la mujer (5).

2.1.3.2. Hormonales

Durante la menopausia se produce un cese definitivo en la liberación de los óvulos por parte de los ovarios, lo que marca el fin de la función reproductiva de la mujer. Este proceso no ocurre de manera abrupta, sino que es el resultado de un deterioro progresivo de la actividad ovárica a lo largo del tiempo. Como consecuencia de esta disminución funcional, el organismo comienza a producir cantidades cada vez menores de hormonas sexuales femeninas, principalmente progesterona y estrógenos, las cuales desempeñan un papel fundamental en la regulación del ciclo menstrual y en múltiples funciones fisiológicas.

La reducción de los niveles de estrógenos y progesterona constituye uno de los cambios endocrinos más relevantes en esta etapa. A medida que los ovarios pierden su capacidad de respuesta, la síntesis de estas hormonas disminuye de forma significativa, lo que da lugar a una serie de manifestaciones clínicas características de la menopausia.

Entre ellas se incluyen los sofocos, alteraciones del sueño, cambios en el estado de ánimo, sequedad vaginal y modificaciones en la densidad ósea, entre otros. Estos síntomas reflejan el impacto sistémico que tiene la disminución hormonal, ya que los estrógenos intervienen en diversos sistemas del organismo, como el cardiovascular, el óseo, el nervioso y el tegumentario. Paralelamente, se produce un fenómeno de retroalimentación endocrina que explica el aumento de otras hormonas.

En condiciones normales, los estrógenos ejercen un efecto de retroalimentación negativa sobre la hipófisis, regulando la producción de la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Sin embargo, cuando los niveles de estrógenos disminuyen, este mecanismo de control se ve alterado. La ausencia de retroalimentación negativa provoca que la glándula pituitaria incremente la secreción de FSH y LH en un intento de estimular a los ovarios para que continúen su función.

Este aumento en los niveles de FSH y LH es característico de la menopausia, suele utilizarse como un indicador biológico para su diagnóstico. No obstante, a pesar de este incremento hormonal, los ovarios ya no responden de manera efectiva, evidenciando el agotamiento de la función ovárica. En conjunto, estos cambios reflejan una reorganización del sistema endocrino que acompaña el proceso natural de envejecimiento femenino, estas tienen implicancias importantes en la salud y el bienestar de la mujer durante esta etapa (5).

2.1.3.3. Sociales

La vivencia social de las mujeres durante la menopausia no puede entenderse únicamente desde una perspectiva biológica, ya que está profundamente condicionada por normas de género, así como por factores familiares y socioculturales. La forma en que cada mujer experimenta esta etapa depende en gran medida del significado que su entorno le atribuya al envejecimiento femenino y a la transición menopáusica.

En contextos donde la juventud es altamente valorada, la menopausia puede asociarse con pérdida de vitalidad o de rol social, lo que influye negativamente en la percepción que la mujer tiene de sí misma. Por el contrario, en entornos donde se reconoce esta etapa como parte natural del ciclo de vida, la experiencia puede ser vivida con mayor aceptación y menor carga emocional. En este sentido, las construcciones culturales y sociales influyen directamente en la manera en que se interpretan los cambios físicos y emocionales propios de esta etapa.

Muchas mujeres reportan la presencia de síntomas psicoemocionales como ansiedad, depresión e irritabilidad, los cuales no solo están relacionados con los cambios hormonales, sino también con las demandas sociales, familiares y personales que enfrentan. Asimismo, se ha descrito la presencia de deterioro

cognitivo leve, manifestado en dificultades de memoria y concentración, así como alteraciones del sueño, especialmente insomnio, que puede agravar el malestar general y afectar el desempeño en las actividades cotidianas.

Otro aspecto relevante es la disminución de la libido, es decir, del deseo sexual, que suele presentarse con frecuencia durante la menopausia. Esta reducción puede estar vinculada tanto a factores hormonales como a aspectos emocionales y relacionales. A ello se suman las molestias físicas durante las relaciones sexuales, particularmente aquellas derivadas de la sequedad vaginal, lo que puede generar incomodidad o dolor. Estas dificultades pueden impactar en la vida íntima de la mujer, influyendo en su autoestima, en su percepción de bienestar y en la dinámica de pareja.

De este modo, la menopausia debe ser comprendida como una experiencia integral que trasciende lo fisiológico, incorporando dimensiones sociales, culturales y emocionales. Reconocer estos factores permite abordar esta etapa desde una perspectiva más amplia, promoviendo un acompañamiento que no solo atienda los síntomas físicos, sino también las necesidades psicosociales de las mujeres, favoreciendo así una mejor calidad de vida (5).

2.1.4. Factores de riesgo en la salud de mujeres en menopausia

Las mujeres atraviesan una proporción considerable de su vida en las etapas de perimenopausia y menopausia, lo que convierte a estos periodos en fases clave para la comprensión de su salud a largo plazo. Durante estas etapas, se ha observado un incremento en los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), así como en la prevalencia del síndrome metabólico (SM), condiciones que representan una preocupación importante en salud pública. Este aumento no ocurre de manera aislada, sino que responde a una combinación de cambios hormonales propios de la menopausia y a la interacción con factores conductuales y ambientales.

La disminución de los niveles de estrógenos desempeña un papel relevante en este proceso, ya que estas hormonas ejercen un efecto protector sobre el sistema cardiovascular. Su reducción se asocia con alteraciones en el metabolismo lipídico, incremento de la grasa corporal —especialmente a nivel abdominal— y cambios en la regulación de la glucosa, lo que contribuye al desarrollo del síndrome metabólico. En este sentido, la progresión de estas condiciones guarda una estrecha relación tanto con la duración de la menopausia como con los estilos de vida adoptados a lo

largo del tiempo, lo que refuerza la importancia de intervenciones tempranas y sostenidas.

En este contexto, los hábitos de vida adquieren un papel determinante. Factores como la alimentación, el nivel de actividad física, el consumo de tabaco o alcohol, y la calidad del sueño influyen directamente en la evolución de los factores de riesgo cardiovascular. A su vez, variables sociales como el nivel socioeconómico y el grado de instrucción también condicionan la adopción de conductas saludables, el acceso a servicios de salud y la capacidad de autocuidado.

Estas condiciones no solo impactan en la presencia o ausencia de enfermedades, sino también en la percepción que las mujeres tienen sobre su propio estado de salud y en su calidad de vida durante esta etapa. De igual manera, la interacción entre factores biológicos y sociales pone en evidencia la necesidad de abordar la menopausia desde una perspectiva integral. La identificación temprana de los factores de riesgo cardiovascular permite implementar estrategias preventivas orientadas a reducir complicaciones a futuro.

En este sentido, cobra especial relevancia el desarrollo de estudios prospectivos a largo plazo, los cuales permitan analizar de manera continua la evolución de estos factores y comprender mejor el posible deterioro progresivo asociado a la menopausia. En conjunto, estos elementos subrayan la importancia de promover estilos de vida saludables y de fortalecer las intervenciones en salud dirigidas a mujeres en etapa menopáusica, con el objetivo de prevenir enfermedades crónicas, mejorar la calidad de vida y favorecer un envejecimiento más saludable y activo (11).

2.1.5. Impacto en la salud física, mental y calidad de vida de la mujer

La menopausia constituye un proceso fisiológico caracterizado por el cese de la función ovárica y la disminución de la producción de estrógenos, lo que repercute en múltiples sistemas del organismo. Este periodo, que generalmente ocurre entre los 45 y 55 años, no solo marca el final de la etapa reproductiva, sino que también representa una fase de adaptación en la que el organismo experimenta cambios progresivos. Dichas modificaciones abarcan aspectos metabólicos, hormonales y psicológicos que pueden afectar de manera significativa la calidad de vida de las mujeres, dependiendo de factores individuales como el estilo de vida, el contexto social y las condiciones de salud previas (12).

La reducción de los niveles de estrógenos durante la menopausia genera efectos sistémicos relevantes, debido a que estas hormonas cumplen funciones esenciales en la regulación de diversos procesos fisiológicos. Entre las principales alteraciones se encuentran los cambios en la densidad ósea, el metabolismo lipídico y la función cardiovascular. En relación con el sistema óseo, la disminución de estrógenos afecta el equilibrio entre la formación y la resorción ósea, favoreciendo la pérdida progresiva de masa ósea.

En este contexto, la osteoporosis constituye una de las principales complicaciones, ya que incrementa la fragilidad ósea y el riesgo de fracturas, especialmente en zonas vulnerables como la cadera y la columna vertebral. Asimismo, se observa un incremento de la adiposidad visceral y de la resistencia a la insulina, factores que contribuyen al desarrollo de enfermedades metabólicas, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2, lo que evidencia la importancia de la prevención y el control durante esta etapa (11).

En el ámbito de la salud mental, los cambios hormonales también desempeñan un papel importante, ya que influyen directamente en la regulación emocional. Se ha evidenciado una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, incluyendo ansiedad, irritabilidad y depresión en mujeres menopáusicas. Estas alteraciones podrían estar relacionadas con la disminución de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, los cuales intervienen en la estabilidad emocional, la motivación y la sensación de bienestar.

De igual manera, la calidad del sueño puede verse afectada, con un aumento en la incidencia de insomnio, despertares nocturnos y alteraciones en la arquitectura del sueño. Estas dificultades en el descanso no solo impactan en la salud mental, sino también en el rendimiento diario, la concentración y la calidad de vida en general La calidad de vida durante la menopausia está influida por diversos factores que interactúan entre sí. Entre ellos, el acceso a información adecuada permite a las mujeres comprender los cambios que experimentan y afrontar esta etapa con mayor seguridad. (13).

El apoyo social, tanto familiar como profesional, cumple un rol fundamental en la adaptación emocional y en la percepción de bienestar. Asimismo, la adopción de estrategias adecuadas para el manejo de los síntomas resulta clave. Diversos estudios han demostrado que la terapia hormonal puede contribuir al alivio de algunos síntomas, especialmente aquellos relacionados con los trastornos

vasomotores y la pérdida de masa ósea; no obstante, su uso debe evaluarse con cautela debido a los posibles efectos adversos y a las condiciones individuales de cada mujer.

Como alternativa, la implementación de estilos de vida saludables —incluyendo una alimentación equilibrada, ejercicio regular y técnicas de relajación— puede favorecer el bienestar general y contribuir a la prevención de enfermedades asociadas (14).

Para mejorar la calidad de vida en esta etapa, es fundamental adoptar un enfoque integral que contemple diferentes dimensiones del cuidado. La educación y concienciación permiten a las mujeres tomar decisiones informadas sobre su salud, fortaleciendo su autonomía y capacidad de autocuidado. El apoyo social y psicológico, mediante la interacción con profesionales de la salud y redes de apoyo, facilita una mejor adaptación a los cambios físicos y emocionales.

Asimismo, la aplicación de intervenciones tanto médicas como complementarias, tales como la terapia hormonal, la acupuntura y el uso de fitoestrógenos, ha mostrado beneficios en determinados casos, siempre que se utilicen bajo orientación adecuada. Este enfoque integral permite abordar la menopausia no solo desde una perspectiva clínica, sino también considerando el bienestar emocional y social de la mujer (15).

En conjunto, la menopausia representa una etapa crucial en la vida de la mujer que requiere un abordaje integral desde el ámbito médico y social. La combinación de estrategias terapéuticas, modificaciones en el estilo de vida y apoyo emocional resulta clave para favorecer una transición saludable. De esta manera, es posible no solo reducir los efectos negativos asociados a esta etapa, sino también promover un envejecimiento activo, saludable y con una adecuada calidad de vida, fortaleciendo el bienestar integral de la mujer en el largo plazo (4).

2.1.6. Rol de enfermería en la salud mental de las mujeres en menopausia

Se reconoce que el rol de enfermería es esencial dentro del equipo multidisciplinario en salud mental, especialmente en el primer nivel de atención, donde se establece el primer contacto entre la población y los servicios de salud. En este contexto, la enfermera no solo cumple funciones asistenciales, sino también preventivas, educativas y de acompañamiento continuo, lo que la posiciona como un agente clave en la promoción del bienestar integral. Su cercanía con la comunidad le

permite identificar de manera temprana necesidades, factores de riesgo y alteraciones en la salud mental, facilitando intervenciones oportunas y pertinentes.

En relación con la etapa de la menopausia, la enfermera desempeña un rol fundamental en su función educativa, al brindar información clara, accesible y basada en evidencia científica. Este acompañamiento permite que las mujeres comprendan los cambios físicos, emocionales y hormonales propios de esta etapa, reduciendo la incertidumbre y favoreciendo una mejor adaptación. Asimismo, la orientación oportuna contribuye a la adopción de hábitos saludables, al manejo adecuado de los síntomas y a la prevención de posibles complicaciones, tanto a nivel físico como psicológico.

De igual manera, la enfermera actúa como un soporte emocional, promoviendo espacios de escucha y confianza que faciliten la expresión de inquietudes y experiencias. Además, su intervención no se limita únicamente al ámbito individual, sino que también abarca el entorno familiar y comunitario. A través de actividades educativas, consejería y promoción de la salud, la enfermería contribuye a fortalecer redes de apoyo y a sensibilizar sobre la importancia de la salud mental en esta etapa de la vida. Esto resulta especialmente relevante en contextos donde persisten mitos o desinformación sobre la menopausia, los cuales pueden afectar la percepción y vivencia de este proceso.

En síntesis, la enfermería constituye un pilar fundamental en la Atención Primaria en Salud Mental, al promover el mantenimiento de adecuados niveles de salud pública, mediante intervenciones integrales que abarcan la prevención, la educación, el acompañamiento y el cuidado continuo de las mujeres durante la menopausia (4).

2.1.7. Teoría de enfermería de Jean Watson, Imogene King Sistemas

La Teoría del Cuidado Humano propuesta por Jean Watson se fundamenta en un enfoque centrado en la persona, orientado a brindar una atención humanizada a los pacientes, particularmente en el ámbito hospitalario. Desarrollada entre los años 1975 y 1979, esta teoría surge como una respuesta a la necesidad de transformar el paradigma tradicional de la atención en salud, el cual se encontraba predominantemente orientado hacia aspectos técnicos y biomédicos, dejando en segundo plano las dimensiones emocionales, espirituales y sociales del individuo. En este sentido, Watson propone un cambio de perspectiva que prioriza el cuidado

integral, reconociendo al paciente como un ser humano completo, con necesidades que trascienden lo físico. Este enfoque resalta la importancia de la relación enfermera-paciente como un vínculo terapéutico basado en la empatía, el respeto, la sensibilidad y la comunicación efectiva. La teoría plantea que el cuidado no debe limitarse a la ejecución de procedimientos, sino que debe implicar una conexión genuina que favorezca la confianza y el bienestar del paciente.

De esta manera, se promueve una atención más personalizada, en la que se consideran las experiencias, valores, creencias y emociones de cada individuo, fortaleciendo así el proceso de recuperación y adaptación a la enfermedad. Asimismo, la Teoría del Cuidado Humano incorpora el concepto de "cuidado transpersonal", el cual hace referencia a la interacción profunda entre la enfermera y el paciente, donde ambos participan en una experiencia de cuidado significativa.

Este tipo de relación permite que la atención trascienda lo físico y se enfoque también en el crecimiento personal, la dignidad y el sentido de la vida del paciente. En este contexto, la enfermera no solo actúa como proveedora de cuidados, sino también como facilitadora de procesos de bienestar integral. Otro aspecto relevante de esta teoría es la inclusión de los llamados "factores carativos", posteriormente denominados procesos caritas, los cuales orientan la práctica de enfermería hacia valores como la compasión, la autenticidad, el respeto por la dignidad humana y el compromiso con el cuidado.

Estos elementos constituyen una guía para el ejercicio profesional, promoviendo una atención más ética y consciente, centrada en las necesidades reales del paciente. En conjunto, la propuesta de Jean Watson representa un aporte significativo al desarrollo de la enfermería como disciplina, al enfatizar la importancia del cuidado humanizado y la integralidad en la atención. Su enfoque continúa siendo relevante en la actualidad, especialmente en contextos donde se busca fortalecer la calidad del cuidado y la relación terapéutica, contribuyendo así a una atención más sensible, respetuosa y centrada en la persona (16).

2.1.8. Intervenciones de enfermería para mujeres en menopausia

Se pueden incluir estrategias orientadas a la promoción de la salud y la prevención, destacando especialmente las secciones educativas como un componente clave dentro del cuidado integral. Estas permiten fomentar hábitos de vida saludables y el autocuidado en las mujeres durante la etapa de la menopausia, favoreciendo una mejor adaptación a los cambios físicos y emocionales propios de este periodo. A través de la educación en salud, se busca fortalecer la autonomía de las mujeres, brindándoles herramientas para la toma de decisiones informadas respecto a su bienestar.

Dentro de estas acciones, la actividad física regular ocupa un lugar fundamental. Se recomienda su práctica de manera semanal, ya sea de forma interdiaria o al menos tres veces por semana, adaptándose a las condiciones y preferencias de cada mujer. Actividades como bailar, caminar, nadar o la práctica de algún deporte resultan especialmente beneficiosas, no solo para mantener un adecuado estado físico, sino también para mejorar el estado de ánimo, reducir el estrés y favorecer la calidad del sueño. La incorporación de estas prácticas contribuye, además, a la prevención de enfermedades metabólicas y cardiovasculares.

En cuanto a la prevención secundaria en salud mental, es importante considerar una serie de medidas que permitan reducir el impacto de los síntomas asociados a la menopausia. En primer lugar, se recomienda evitar la automedicación, ya que el uso inadecuado de fármacos puede generar efectos adversos o enmascarar síntomas que requieren evaluación profesional. En este sentido, es fundamental promover la consulta oportuna con personal de salud capacitado. Asimismo, el control de la alimentación constituye un aspecto esencial, dado que una dieta equilibrada contribuye a minimizar los efectos de la menopausia y a prevenir alteraciones metabólicas.

Una adecuada ingesta de nutrientes favorece el equilibrio del organismo y mejora el estado general de salud. Por otro lado, la terapia con estrógeno puede ser considerada como una alternativa terapéutica eficaz en determinados casos, especialmente para el manejo de síntomas como los sofocos, los sudores nocturnos y la sequedad vaginal. No obstante, su indicación debe ser evaluada de manera individual por un profesional de la salud, considerando los beneficios y posibles riesgos.

Finalmente, se recomienda la práctica de juegos de memoria y otras actividades cognitivas, las cuales contribuyen al mantenimiento de las funciones mentales, favoreciendo la concentración, la memoria y la agilidad cognitiva. Estas actividades también pueden tener un impacto positivo en el bienestar emocional, al promover la estimulación mental y la participación. En conjunto, estas estrategias permiten abordar la menopausia desde una perspectiva preventiva e integral, promoviendo no solo la salud física, sino también el equilibrio emocional y la calidad de vida (16).

2.2. Calidad de sueño

2.2.1. Definición

Las diferencias biológicas entre sexos permiten comprender que los trastornos del sueño asociados a la menopausia constituyen un ejemplo representativo de estas variaciones, ya que responden a mecanismos hormonales y neuroendocrinos específicos. En este sentido, la secreción endógena de melatonina —hormona clave en la regulación del ciclo sueño-vigilia— disminuye progresivamente con la edad y presenta diferencias según el género. En mujeres menopáusicas, esta reducción es más marcada, lo que repercute directamente en la alteración de los patrones de sueño, afectando tanto la calidad como la continuidad del descanso (17).

Asimismo, los niveles de melatonina, especialmente durante la noche, tienden a disminuir con el envejecimiento, fenómeno que se acentúa en la etapa premenopáusica debido a los cambios hormonales progresivos. Esta disminución afecta la sincronización del reloj biológico interno, generando dificultades para iniciar y mantener el sueño. En consecuencia, las mujeres posmenopáusicas suelen experimentar un mayor tiempo de latencia para conciliar el sueño, es decir, tardan más en dormirse, además de presentar un incremento en los despertares nocturnos y en las interrupciones del sueño en las primeras horas de la mañana.

Estas alteraciones no solo reducen la cantidad de horas de descanso efectivo, sino que también afectan la sensación de recuperación al despertar. Si bien los trastornos del sueño durante la menopausia tienen un origen multifactorial, es importante considerar la interacción de diversos elementos que contribuyen a su aparición. Entre ellos se incluyen una inadecuada higiene del sueño, la presencia de trastornos del estado de ánimo como la depresión, trastornos primarios del sueño —como el insomnio crónico— y condiciones médicas como la fibromialgia.

No obstante, la disminución en la secreción de melatonina y las alteraciones del sistema circadiano desempeñan un papel relevante, ya que afectan directamente los mecanismos fisiológicos responsables de regular los ciclos de sueño y vigilia. Estas modificaciones no solo contribuyen a la aparición de síntomas que afectan el descanso, sino que también generan un impacto en otras áreas de la salud. La alteración del sueño puede influir en el estado de ánimo, la concentración, la memoria y el rendimiento en las actividades diarias, además de incrementar la percepción de fatiga y disminuir la calidad de vida.

En este contexto, el envejecimiento y la menopausia se asocian con una reducción significativa de la melatonina endógena en las mujeres, lo que refuerza la necesidad de abordar estos cambios desde una perspectiva integral que considere tanto los factores biológicos como los psicosociales (8).

2.2.2. Base fisiología del sueño

Durante la menopausia se observa una disminución del sueño profundo, acompañado de un sueño más superficial y un incremento en los despertares nocturnos. Estos cambios están estrechamente relacionados con la reducción de los niveles hormonales, particularmente de los estrógenos, los cuales desempeñan un papel importante en la regulación del descanso. Como consecuencia, el sueño pierde su carácter reparador, generando sensaciones de fatiga, somnolencia diurna y disminución del rendimiento en las actividades cotidianas.

El sueño constituye un proceso fisiológico activo y complejo, regulado por mecanismos neuroendocrinos altamente organizados que dependen de una adecuada secuencia de fases, que incluyen el sueño ligero, el sueño profundo y el sueño REM, permiten el desarrollo de procesos esenciales de regulación y homeostasis. El organismo logra restablecer funciones tanto del sistema nervioso central como periféricos, contribuyendo al mantenimiento del equilibrio funcional. De esta manera, el sueño no solo cumple una función de descanso, sino también de recuperación física, consolidación de la memoria y regulación emocional (18).

En la génesis del ritmo circadiano intervienen procesos fisiológicos fundamentales que se manifiestan de manera cíclica y predecible a lo largo de las 24 horas. Estos procesos permiten la sincronización del organismo con el entorno, especialmente con los ciclos de luz y oscuridad, y conducen a la regulación del ciclo sueño-vigilia. Dentro de estos mecanismos destaca la homeostasis reactiva, mediada

principalmente por la adenosina, un metabolito derivado de la actividad celular durante el día.

A medida que la persona permanece despierta, la adenosina se acumula progresivamente, generando una mayor presión de sueño conforme avanza la jornada. La adenosina se concentra en estructuras específicas del cerebro, como el hipotálamo lateral, y ejerce su efecto al unirse a sus receptores en el área preóptica ventrolateral. Este proceso inhibe la actividad del sistema reticular ascendente, el cual es responsable del estado de alerta, facilitando así la transición hacia el sueño.

Este mecanismo explica por qué, tras periodos prolongados de vigilia, el organismo experimenta una necesidad creciente de dormir, lo que constituye un componente fundamental en la regulación del descanso. Por otro lado, la melatonina —hormona sintetizada en la glándula pineal— participa en la denominada homeostasis predictiva, la cual anticipa la necesidad de sueño en función de los cambios ambientales. Su secreción sigue un patrón rítmico asociado a la disminución de la luz solar y al inicio de la oscuridad nocturna.

Este proceso está regulado por la información lumínica captada por células especializadas de la retina, que transmiten señales al cerebro para modular la producción de la hormona. La melatonina actúa sobre el núcleo supraquiasmático, considerado el principal marcapasos biológico del organismo, el cual mantiene conexiones directas con la retina. Este núcleo coordina los ritmos circadianos, asegurando la sincronización entre los procesos internos y el ambiente externo.

Cuando la melatonina alcanza su máxima concentración, generalmente entre las 21:00 y 22:00 horas, induce la sensación de somnolencia y favorece el inicio del sueño, preparando al organismo para el descanso nocturno. En el contexto de la menopausia, la alteración de estos mecanismos —especialmente la disminución de la melatonina y los cambios hormonales— contribuye a una desregulación del ciclo sueño-vigilia. Esto no solo afecta la cantidad de horas dormidas, sino también la calidad del sueño, generando un impacto negativo en la salud física y mental.

Por ello, comprender estos procesos resulta fundamental para abordar de manera integral los trastornos del sueño en esta etapa de la vida (19).

2.2.3. Teorías relacionadas al sueño

Existen dos teorías principales que, de manera complementaria, explican la necesidad del sueño: la teoría recuperativa y la teoría circadiana. Ambas permiten comprender que el sueño no es un estado pasivo, sino un proceso biológico esencial que responde a mecanismos reguladores específicos. Diversos estudios señalan que, para que una persona logre conciliar el sueño de manera adecuada, es necesario que dos procesos fisiológicos se encuentren correctamente sincronizados, lo cual garantiza un descanso reparador y un adecuado funcionamiento del organismo.

El primero de estos procesos corresponde al ritmo circadiano, el cual se define como un ciclo biológico de aproximadamente 24 horas regulado por el reloj interno del organismo; permite coordinar funciones fisiológicas en relación con los cambios ambientales, especialmente el ciclo de luz y oscuridad. Este mecanismo, se regula la secreción rítmica de diversas hormonas, entre ellas la melatonina, que desempeña un papel fundamental en la inducción del sueño. La correcta sincronización del ritmo circadiano permite establecer horarios regulares de sueño y vigilia, favoreciendo la calidad del descanso y la estabilidad de los procesos biológicos.

El segundo proceso se relaciona con la función recuperativa del sueño, la cual está representada por la acumulación progresiva de sustancias hipnogénicas durante el periodo de vigilia, que suele abarcar alrededor de 16 horas diarias. Estas sustancias, entre las que destaca la adenosina, se generan como producto de la actividad celular durante el estado de alerta. A medida que se acumulan, incrementan la presión del sueño, generando una necesidad fisiológica de descanso que se intensifica con el paso del tiempo.

Esta presión disminuye una vez que se logra conciliar el sueño, permitiendo la recuperación de las funciones del organismo. El inicio del sueño depende de la convergencia de ambos mecanismos: por un lado, la señal circadiana que indica el momento adecuado para dormir, y por otro, la presión homeostática acumulada durante la vigilia. Cuando ambos procesos se encuentran alineados, el sueño se instaura de manera natural y eficiente; cualquier alteración en estos sistemas —como cambios hormonales, envejecimiento o factores externos— puede interferir en esta sincronización, dificultando la conciliación del sueño y afectando su calidad.

De este modo, el equilibrio neuroendocrino resulta esencial para la adecuada regulación del ciclo sueño-vigilia. La interacción entre la teoría circadiana y la

teoría recuperativa permite comprender la complejidad del sueño y la importancia de mantener hábitos que favorezcan su regulación, especialmente en etapas como la menopausia, donde estos mecanismos pueden verse alterados (20).

2.2.4. Factores asociados

2.2.4.1. Factores de riesgo

Diversos factores influyen durante la menopausia, entre los que destacan los sofocos, el envejecimiento propio de esta etapa, así como variables de tipo psicosocial y demográfico. Estos elementos no actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí, generando un impacto acumulativo sobre la calidad del sueño. En este sentido, el desarrollo de estudios longitudinales resulta pertinente, ya que permite analizar la evolución de estos factores a lo largo del tiempo y establecer relaciones más precisas en torno al insomnio contribuyendo a una mejor comprensión y a las estrategias de intervención más efectivas.

Durante la menopausia, la disminución de los niveles de estrógenos genera múltiples cambios fisiológicos que pueden afectar directamente la calidad del sueño. Estas alteraciones hormonales influyen en los mecanismos que regulan el ciclo sueño-vigilia, favoreciendo la aparición de dificultades para conciliar y mantener el sueño. A ello se suman síntomas característicos como los sofocos y la sudoración nocturna, los cuales interrumpen el descanso y contribuyen a un sueño fragmentado.

Estas interrupciones repetitivas no solo disminuyen la cantidad de horas de sueño efectivo, sino que también afectan su calidad, reduciendo la sensación de descanso al despertar. Por otro lado, los factores relacionados con el estilo de vida contemporáneo también desempeñan un papel importante en la aparición del insomnio. La exposición constante a estímulos, como el uso prolongado de dispositivos electrónicos, la iluminación artificial y la sobrecarga de información, puede alterar los ritmos circadianos.

Asimismo, la alta exigencia sociolaboral, el estrés cotidiano y las jornadas laborales prolongadas contribuyen a mantener un estado de activación constante que dificulta la relajación necesaria para iniciar el sueño. Estas condiciones, combinadas con los cambios propios del envejecimiento, favorecen la reducción del sueño profundo y el incremento de los despertares nocturnos. Además, las variables psicosociales, como el nivel de apoyo familiar, las condiciones

económicas y el entorno social, pueden influir en la percepción del descanso y en la presencia de trastornos del sueño.

El estrés emocional, la ansiedad o la preocupación por cambios en la salud y en el rol social también pueden intensificar los problemas de insomnio durante esta etapa. Asimismo, se ha observado que la prevalencia del insomnio varía según las distintas etapas de la menopausia, siendo más elevada durante la fase de transición hacia esta etapa. Esto sugiere que las fluctuaciones hormonales propias de este periodo generan una mayor inestabilidad en los mecanismos reguladores del sueño, incrementando la probabilidad de presentar alteraciones en el descanso.

En conjunto, el insomnio en la menopausia responde a una etiología multifactorial, donde convergen factores biológicos, psicológicos y sociales. Comprender esta complejidad resulta fundamental para desarrollar intervenciones integrales que permitan mejorar la calidad del sueño y, en consecuencia, la calidad de vida de las mujeres en esta etapa (21).

2.2.4.2. Factores protectores

Para favorecer una adecuada calidad del sueño durante la menopausia, resulta fundamental adoptar hábitos que contribuyan a la regulación del ciclo sueño-vigilia y a la disminución de factores que interfieren con el descanso. En este sentido, se recomienda mantener un horario de sueño constante, es decir, acostarse y levantarse a la misma hora todos los días, lo que permite al organismo establecer un ritmo circadiano estable. Asimismo, es importante crear un entorno propicio para conciliar el sueño, caracterizado por condiciones que favorezcan la relajación y reduzcan los estímulos externos.

Del mismo modo, el control de los niveles de estrés mediante la adopción de un estilo de vida saludable —que incluya una alimentación equilibrada, actividad física regular y técnicas de relajación— puede contribuir significativamente a mitigar los efectos negativos sobre la calidad del sueño. Entre las medidas específicas que favorecen un adecuado descanso, se encuentra el mantener una temperatura corporal adecuada al momento de dormir, ya que los cambios bruscos de temperatura pueden interferir con la conciliación del sueño, especialmente en mujeres que presentan sofocos nocturnos.

Asimismo, es recomendable cuidar el ambiente del dormitorio, procurando el uso de colores armoniosos y suaves que favorezcan la sensación de calma y bienestar, contribuyendo a un entorno más relajante. Por otro lado, se aconseja evitar el uso del celular u otros dispositivos electrónicos antes de dormir, debido a que la luz emitida por estos puede alterar la producción de melatonina y retrasar el inicio del sueño. De igual manera, se recomienda evitar dormir en lugares no familiares o poco habituales, ya que el entorno desconocido puede generar un estado de alerta que dificulta el descanso profundo y continuo.

En conjunto, la implementación de estas medidas de higiene del sueño permite mejorar la calidad del descanso, favoreciendo el equilibrio físico y emocional, especialmente en etapas como la menopausia, donde el sueño puede verse comprometido por diversos factores (19).

2.2.5. Componentes del PSQI

El sueño no solo constituye una experiencia placentera, sino también una necesidad biológica esencial para el adecuado funcionamiento del organismo. Durante el sueño se llevan a cabo procesos fundamentales como la restauración física, la regulación metabólica, la consolidación de la memoria y el equilibrio emocional. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud señala que la falta de un descanso suficiente y de calidad tiene un impacto directo en el bienestar general, afectando tanto la salud física como mental. Asimismo, recomienda dormir entre 6 y 7 horas diarias, procurando mantener horarios regulares que permitan estabilizar el ritmo circadiano y favorecer un descanso reparador (20).

La privación del sueño o su mala calidad puede generar múltiples consecuencias, entre ellas fatiga, disminución del rendimiento cognitivo, alteraciones del estado de ánimo e incluso un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas. Por ello, el sueño debe ser considerado un pilar fundamental en el mantenimiento de la salud, al igual que la alimentación y la actividad física. En relación con las diferencias por sexo, diversos estudios han evidenciado que las mujeres suelen presentar una mejor calidad de sueño en comparación con los hombres, ya que generalmente requieren menos tiempo para conciliarlo.

Esta diferencia podría estar influenciada por factores biológicos y hormonales que regulan los ciclos de sueño. En promedio, la duración del sueño en mujeres es de aproximadamente 7 horas, mientras que en los hombres es cercana a las 6 horas.

Sin embargo, estas diferencias no implican necesariamente una menor vulnerabilidad a los trastornos del sueño en las mujeres. De hecho, se ha identificado que las mujeres representan el grupo con mayor uso de fármacos para inducir el sueño, lo que podría estar relacionado con una mayor prevalencia de alteraciones del sueño en determinadas etapas de la vida, como la menopausia.

Esta situación evidencia que, aunque puedan conciliar el sueño con mayor facilidad, su calidad y continuidad pueden verse afectadas por diversos factores fisiológicos y emocionales. Por otro lado, una de las principales alteraciones que afecta el descanso en ambos grupos es la sensación de calor, la cual interfiere significativamente en la calidad del sueño. Este síntoma resulta especialmente relevante en mujeres menopáusicas, debido a la presencia de sofocos y sudoración nocturna, los cuales generan interrupciones frecuentes del sueño y dificultan alcanzar un descanso profundo y reparador.

En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que el sueño es un proceso complejo influenciado por múltiples factores, incluyendo variables biológicas, hormonales y ambientales. Por ello, resulta fundamental promover hábitos adecuados de higiene del sueño y adoptar medidas que favorezcan su calidad, especialmente en poblaciones vulnerables como las mujeres en etapa menopáusica (21).

2.2.5.1. Calidad subjetiva

Un tiempo de sueño insuficiente, definido como menos de 6 horas por noche, se ha asociado con alteraciones hormonales relevantes que impactan directamente en el equilibrio metabólico del organismo. Entre estas alteraciones se encuentra el aumento de la grelina —hormona relacionada con el apetito— y la disminución de la leptina —encargada de generar sensación de saciedad—, lo que favorece un mayor consumo de alimentos y, en consecuencia, incrementa el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2.

Asimismo, la privación del sueño se vincula con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, así como con la reducción de la densidad mineral ósea, lo que aumenta la probabilidad de fracturas. A ello se suman cambios en las hormonas sexuales, incremento de los niveles de cortisol —asociado al estrés— y un aumento del tono simpático, lo que refleja un estado de activación constante del organismo. Estas alteraciones evidencian que el sueño insuficiente no solo afecta

el descanso, sino que también repercute en múltiples sistemas fisiológicos, comprometiendo la salud a corto y largo plazo.

La desregulación hormonal y metabólica derivada de la falta de sueño puede generar un círculo negativo en el que se agravan otros factores de riesgo, especialmente en etapas de mayor vulnerabilidad como la menopausia. Por otro lado, los trastornos del sueño durante la menopausia se relacionan estrechamente con la presencia de síntomas vasomotores y con cuadros depresivos, los cuales suelen coexistir y potenciarse mutuamente.

En la etapa de perimenopausia, los sofocos nocturnos constituyen uno de los principales factores que interrumpen el sueño, incrementando la probabilidad de desarrollar síndrome depresivo debido a la fragmentación del descanso y al impacto emocional que esto genera.

La persistencia de estos síntomas puede afectar significativamente la calidad de vida, contribuyendo a la aparición de fatiga, irritabilidad y dificultades en la concentración. En este contexto, Valiensi et al reportaron que los síntomas vasomotores se asocian con insomnio y una deficiente calidad del sueño en mujeres de América Latina, evidenciando la magnitud del problema en esta población. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar los factores biológicos y contextuales en el abordaje de los trastornos del sueño durante la menopausia.

Asimismo, resulta importante tener en cuenta la presencia de trastornos de ansiedad y patrones de sueño disfuncionales, los cuales actúan como factores que agravan esta problemática, dificultando la instauración de un sueño reparador y perpetuando el malestar físico y emocional. En conjunto, estos elementos ponen en evidencia la estrecha relación entre el sueño, la regulación hormonal y la salud mental, destacando la necesidad de intervenciones integrales que permitan mejorar la calidad del descanso y reducir los riesgos asociados durante la menopausia (22).

2.2.5.2. Latencia de sueño

Los niveles de melatonina tienden a disminuir con el envejecimiento, particularmente durante el periodo perimenopáusico, siendo esta reducción más evidente en las horas nocturnas. Este descenso en la secreción de melatonina altera la regulación del ritmo circadiano, afectando la sincronización natural entre el ciclo sueño-vigilia y los cambios ambientales de luz y oscuridad. Como resultado, el organismo presenta mayores dificultades para inducir y mantener el sueño de manera continua y reparadora.

En consecuencia, las mujeres posmenopáusicas suelen presentar un aumento en la latencia del sueño, es decir, un mayor tiempo necesario para conciliarlo, así como una mayor frecuencia de despertares nocturnos y en las primeras horas de la mañana. Estas interrupciones del sueño generan una fragmentación del descanso, lo que disminuye su calidad y repercute en la sensación de fatiga al despertar. Además, estas alteraciones pueden influir en el estado de ánimo, la concentración y el rendimiento durante el día, contribuyendo a un deterioro progresivo del bienestar general.

Este fenómeno también puede verse intensificado por otros factores propios de la menopausia, como los cambios hormonales, los síntomas vasomotores y el envejecimiento del sistema nervioso central, los cuales afectan la estabilidad del sueño. En conjunto, la disminución de la melatonina y sus efectos sobre el ritmo circadiano representan un elemento clave en la comprensión de los trastornos del sueño en mujeres durante esta etapa de la vida (21).

2.2.5.3. Duración del dormir

Las dificultades para dormir son frecuentes en la población general, independientemente de la edad, y pueden estar relacionadas con diversos factores como el estrés, los hábitos de vida y las condiciones del entorno. Sin embargo, durante la menopausia, estas alteraciones tienden a intensificarse debido a los cambios hormonales y fisiológicos propios de esta etapa, lo que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres a presentar trastornos del sueño. En este contexto, muchas mujeres experimentan una mayor dificultad para conciliar el sueño, lo que se traduce en un aumento del tiempo necesario para dormirse al inicio de la noche.

Asimismo, es común la presencia de despertares recurrentes durante el sueño, ya sea a lo largo de la noche o en las primeras horas de la madrugada, lo que genera una fragmentación del descanso. Estas interrupciones impiden alcanzar fases profundas del sueño, esenciales para la recuperación física y mental, lo que repercute en la sensación de cansancio al despertar. Además, estos problemas de sueño pueden verse agravados por otros síntomas asociados a la menopausia, como los sofocos, la sudoración nocturna y las alteraciones emocionales, los cuales contribuyen a interrumpir el descanso de manera repetitiva.

Como consecuencia, la calidad del sueño se ve comprometida, afectando no solo el bienestar físico, sino también el estado de ánimo, la concentración y el desempeño en las actividades diarias. En conjunto, estas alteraciones reflejan cómo la menopausia puede intensificar problemas de sueño preexistentes o generar nuevas dificultades, evidenciando la necesidad de abordarlas de manera integral para mejorar la calidad de vida de las mujeres en esta etapa (21).

2.2.5.4. Eficiencia del sueño

La calidad del sueño tiende a deteriorarse, como consecuencia de cambios fisiológicos y neuroendocrinos que afectan la regulación del ciclo sueño-vigilia. Este deterioro no ocurre de manera uniforme, sino que se acentúa progresivamente en etapas específicas como la transición hacia la menopausia, donde las variaciones hormonales influyen directamente en la estructura y continuidad del sueño. En este contexto, se ha reportado que entre el 40 % y el 60 % de las mujeres en transición hacia la menopausia presentan alteraciones en este ámbito, lo que evidencia la magnitud del problema en esta población.

Estas alteraciones se manifiestan principalmente como un incremento del insomnio, caracterizado por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, así como por la presencia de despertares nocturnos frecuentes. A medida que se avanza desde la etapa premenopáusica hacia la posmenopausia, estos síntomas tienden a intensificarse, reflejando la influencia de la disminución de los niveles hormonales, especialmente de los estrógenos. Esta situación genera una fragmentación del sueño que impide alcanzar un descanso profundo y reparador.

Asimismo, el deterioro de la calidad del sueño puede verse acompañado de una reducción en la eficiencia del sueño, es decir, una menor proporción de tiempo efectivamente dormido en relación con el tiempo total en cama. Esto puede

traducirse en somnolencia diurna, fatiga persistente, disminución del rendimiento cognitivo y alteraciones en el estado de ánimo. Estas consecuencias no solo afectan la salud individual, sino que también impactan en la calidad de vida y en la capacidad para realizar actividades cotidianas.

Además, es importante considerar que estos cambios pueden interactuar con otros factores, como el estrés, la ansiedad, los síntomas vasomotores y las condiciones médicas asociadas al envejecimiento, lo que contribuye a agravar los problemas de sueño. En este sentido, la transición menopáusica se configura como un periodo de especial vulnerabilidad en relación con el descanso, requiriendo un abordaje integral que permita identificar y manejar adecuadamente estos trastornos.

En conjunto, la evidencia disponible pone de manifiesto que la calidad del sueño disminuye de manera significativa durante la menopausia, con un aumento progresivo del insomnio y de los despertares nocturnos desde la etapa premenopáusica hasta la posmenopausia, lo que resalta la importancia de implementar estrategias de prevención y manejo oportuno (13).

2.2.5.5. Alteraciones del sueño

Los trastornos del sueño durante la menopausia pueden presentarse con distintos niveles de intensidad y adoptar un carácter transitorio o crónico, dependiendo de la interacción de factores hormonales, psicológicos y ambientales. Estas alteraciones no solo afectan la duración del sueño, sino también su calidad y continuidad, generando un impacto significativo en el bienestar general de las mujeres.

Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran la dificultad para iniciar el sueño, la presencia de un descanso nocturno ligero e interrumpido, el despertar precoz, la reducción en la duración total del sueño y los despertares nocturnos con imposibilidad de volver a dormir. Estas características reflejan una alteración en la arquitectura del sueño, lo que impide alcanzar fases profundas y reparadoras. La dificultad para conciliar el sueño al inicio de la noche es una de las quejas más comunes en esta etapa.

Este problema suele presentarse en pacientes que desarrollan ansiedad relacionada con el rendimiento del sueño, es decir, una preocupación excesiva por no poder dormir adecuadamente. Esta situación genera un estado de alerta

que dificulta aún más la conciliación del sueño, creando un círculo negativo en el que la preocupación incrementa el insomnio y este, a su vez, refuerza la ansiedad. Asimismo, es frecuente que las mujeres desarrollen una percepción negativa o frustración frente a su problema de sueño, lo que puede intensificar la dificultad para dormir.

Por otro lado, la incapacidad para iniciar el sueño también puede estar asociada a un menor impulso fisiológico para dormir. Este fenómeno puede deberse a diversos factores, como una inadecuada actividad física durante el día, lo que reduce la necesidad biológica de descanso, o la presencia de sueño diurno excesivo, que disminuye la presión del sueño acumulada. Asimismo, las alteraciones del ritmo circadiano, como la inversión o desorganización del ciclo sueño-vigilia, pueden interferir en la sincronización de los mecanismos que regulan el sueño, dificultando su inicio en el momento adecuado.

A ello se suman otros factores que pueden agravar estas alteraciones, como los síntomas vasomotores, el estrés, la ansiedad y las condiciones ambientales inadecuadas, los cuales contribuyen a mantener un sueño fragmentado y poco reparador. En conjunto, estos elementos evidencian la complejidad de los trastornos del sueño durante la menopausia y la necesidad de abordarlos desde una perspectiva integral, considerando tanto los aspectos fisiológicos como los psicológicos y conductuales (23).

2.2.5.6. Uso de medicamentos para dormir

Entre las alternativas naturales para el tratamiento del insomnio destacan los suplementos de melatonina, los cuales han sido ampliamente utilizados por su efecto regulador sobre el ciclo sueño-vigilia. Su principal beneficio en el contexto de la menopausia radica en compensar la disminución de la producción endógena de esta hormona asociada al envejecimiento, fenómeno que altera los ritmos circadianos y dificulta la conciliación del sueño.

De esta manera, la suplementación con melatonina contribuye a mejorar la calidad del descanso, favoreciendo un sueño más continuo y reparador, así como a reducir el tiempo necesario para conciliarlo. Estos suplementos suelen combinarse con otros compuestos que actúan de manera sinérgica para potenciar sus efectos sobre el sueño y el bienestar general. Esta combinación permite

abordar no solo las dificultades para dormir, sino también otros síntomas asociados como la fatiga y el decaimiento.

Entre estos compuestos, el zinc destaca por su participación en la regulación del estado de ánimo, ya que interviene en múltiples procesos neuroquímicos relacionados con la función cerebral. Además, se le atribuye un posible efecto antidepresivo, lo cual resulta relevante en mujeres menopáusicas que pueden presentar alteraciones emocionales vinculadas a los cambios hormonales. Asimismo, el uso de fitoestrógenos, especialmente las isoflavonas, puede considerarse como una opción terapéutica en el manejo del insomnio durante la menopausia.

Estos compuestos de origen vegetal poseen una estructura química similar a los estrógenos, lo que les permite imitar parcialmente su acción en el organismo. Gracias a esta característica, pueden contribuir a atenuar algunos de los efectos derivados de la disminución hormonal, incluyendo aquellos que afectan la calidad del sueño. Además, su uso se ha asociado con una mejoría en síntomas vasomotores como los sofocos, los cuales suelen interferir con el descanso nocturno.

En conjunto, estas alternativas naturales representan una opción complementaria dentro del abordaje del insomnio en la menopausia, especialmente en mujeres que buscan opciones no farmacológicas o que requieren un manejo integral de sus síntomas. No obstante, su uso debe realizarse de manera informada y bajo la supervisión de un profesional de la salud, con el fin de garantizar su seguridad, adecuada dosificación y efectividad (13).

2.2.5.7. Disfunción diurna

Las mujeres en etapa menopáusica tienden a presentar una mayor disfunción durante el día, evidenciando más alteraciones y dificultades en el desempeño de sus actividades cotidianas, en relación con la calidad del sueño experimentada. Esta situación se debe, en gran medida, a la fragmentación del sueño y a la disminución del descanso profundo, lo que impide una adecuada recuperación física y mental durante la noche. Como consecuencia, es frecuente que durante el día se manifiesten síntomas como fatiga persistente, somnolencia, disminución de la concentración y dificultades en la memoria.

Estas alteraciones pueden afectar el rendimiento laboral, la capacidad de tomar decisiones y la ejecución de tareas que requieren atención sostenida. Asimismo, la falta de un sueño reparador puede influir en el estado de ánimo, generando irritabilidad, ansiedad o desmotivación, lo que repercute negativamente en la interacción social y en la percepción del bienestar general. Además, esta disfunción diurna no solo impacta en el ámbito individual, sino también en el entorno familiar y social, ya que puede limitar la participación en actividades cotidianas y reducir la calidad de vida.

En este contexto, la relación entre el resulta fundamental, puesto que un descanso inadecuado incrementa los problemas de salud; la evidencia sugiere que la alteración del sueño durante la menopausia no se limita al periodo nocturno, sino que se extiende a lo largo del día, afectando de manera integral el desempeño y el bienestar de las mujeres en esta etapa de la vida (13).

2.3. Ansiedad

2.3.1. Definición

La ansiedad, entendida como un estado emotivo y una respuesta que surge cuando el individuo se encuentra expuesto a situaciones que implican peligro o amenaza, constituye una experiencia universal y cotidiana en todo ser humano.

Desde esta perspectiva, la ansiedad no debe considerarse exclusivamente como un fenómeno negativo, ya que cumple una función esencialmente adaptativa al preparar al organismo para responder ante posibles riesgos, facilitando la activación de mecanismos de alerta y protección. Sin embargo, esta respuesta puede adquirir un carácter patológico cuando se presenta de manera continua o con una intensidad excesiva, impidiendo que se establezca un equilibrio adecuado entre el sujeto y los estímulos del entorno (24).

En este sentido, la ansiedad deja de ser una respuesta funcional cuando sobrepasa la capacidad de afrontamiento del individuo, generando malestar significativo y afectando su desempeño en distintas áreas de la vida. Esto puede manifestarse a través de síntomas físicos, como tensión muscular o palpitaciones; síntomas emocionales, como miedo o inquietud; y dificultades cognitivas, como pensamientos negativos recurrentes o dificultad para concentrarse.

Estamos, por tanto, ante un concepto complejo en el que confluyen diversos significados e interpretaciones. Esta complejidad se debe, en parte, a que la ansiedad

ha sido abordada desde múltiples disciplinas, entre ellas la filosofía, la biología, la psicología y la sociología, cada una aportando una perspectiva particular sobre su origen, manifestación y función. No obstante, es en el campo de la psicología donde se ha desarrollado una mayor diversidad de enfoques teóricos, lo que ha dado lugar a la existencia de múltiples modelos explicativos de la ansiedad, cada uno con sus propios fundamentos conceptuales (25).

A pesar de esta pluralidad teórica, los avances en el estudio de los mecanismos de la ansiedad y sus efectos han permitido alcanzar un consenso general respecto a su conceptualización. En la actualidad, se reconoce la ansiedad como una forma de conducta compleja y multidimensional, en la que intervienen distintos componentes de respuesta. Entre ellos se incluyen los aspectos fisiológicos, que implican la activación del sistema nervioso; los componentes motores, que se reflejan en conductas observables; y los elementos subjetivo-cognitivos, relacionados con la percepción, interpretación y evaluación de las situaciones.

Este patrón de respuesta se activa cuando el individuo se enfrenta a estímulos que son interpretados como amenazantes, ya sea porque representan un peligro real o porque son percibidos subjetivamente como tal. En este último caso, la interpretación personal juega un papel fundamental en la aparición de la ansiedad, lo que explica por qué una misma situación puede generar respuestas diferentes en distintas personas. De este modo, la ansiedad no solo depende de las características del estímulo, sino también de la forma en que el individuo lo procesa y le otorga significado (14).

2.3.2. Base neurofisiología de la ansiedad

La neurofisiología de la ansiedad se relaciona con la alteración del sistema límbico, considerado la parte más primitiva y emocional del cerebro, encargada de procesar las respuestas afectivas y de supervivencia. Este sistema incluye estructuras como la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo y el cíngulo, las cuales trabajan de manera integrada para evaluar los estímulos del entorno y generar respuestas adaptativas frente a posibles amenazas.

En condiciones normales, estas estructuras permiten una adecuada interpretación del peligro; sin embargo, en estados de ansiedad, su funcionamiento puede alterarse, generando respuestas desproporcionadas o inadecuadas. Cuando una persona experimenta ansiedad, se producen una serie de cambios tanto a nivel cerebral como

corporal, que reflejan la activación del sistema de alerta. Entre estos cambios, la amígdala desempeña un papel central, ya que es responsable de detectar estímulos potencialmente peligrosos y generar una respuesta inmediata.

En este proceso, puede liberar mayores cantidades de cortisol de las necesarias, lo que, a largo plazo, puede afectar funciones como la memoria y el aprendizaje. Asimismo, la amígdala analiza constantemente los estímulos del entorno y envía señales de alarma al resto del organismo, activando mecanismos de defensa. De manera simultánea, se produce la activación de diversos neurotransmisores, entre ellos el GABA, el glutamato, la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, los cuales participan en la regulación del estado de ánimo, la excitabilidad neuronal y las respuestas emocionales.

El equilibrio entre estos neurotransmisores es fundamental para el adecuado funcionamiento del sistema nervioso; sin embargo, en estados de ansiedad, este equilibrio puede verse alterado, contribuyendo a la aparición de síntomas. Por otro lado, el hipocampo interviene en la interpretación del estímulo amenazante, relacionándolo con experiencias previas almacenadas en la memoria. Esto permite que el organismo anticipe posibles peligros; no obstante, también puede generar respuestas exageradas si las experiencias pasadas han sido percibidas como negativas o traumáticas.

A nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta mediante una serie de respuestas corporales características, como el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, tensión muscular, temblores, dificultad para respirar, sequedad en la boca y dificultad para tragar. Estas reacciones forman parte del mecanismo de "lucha o huida", diseñado para preparar al organismo ante situaciones de peligro. La ansiedad patológica se produce cuando existe una evaluación errónea o disfuncional del peligro, es decir, cuando el individuo percibe como amenazantes estímulos que no lo son en realidad o sobredimensiona su nivel de riesgo.

Esta interpretación inadecuada activa de manera constante los sistemas de alerta, generando un desgaste físico y emocional. Como consecuencia, se ponen en marcha esquemas adaptativos que, en lugar de facilitar el afrontamiento, interfieren en la capacidad del individuo para manejar situaciones difíciles, afectando su funcionamiento cotidiano y su calidad de vida (26).

2.3.3. Teorías relacionadas a la ansiedad

La teoría de Hildegard Peplau se enfoca en la interacción entre la enfermera y el paciente, fundamentándose en la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Este enfoque resalta la importancia del vínculo terapéutico como eje central del cuidado, la relación establecida entre ambos no solo influye en la recuperación del paciente, sino también en el desarrollo profesional y personal de la enfermera. Desde esta perspectiva, la enfermería se define como una interacción humana compleja, caracterizada por un proceso dinámico que promueve el crecimiento de la personalidad y la evolución de otros procesos internos en el ser humano.

Peplau plantea que el rol de la enfermera trasciende la ejecución de procedimientos técnicos, otorgándole un papel activo dentro del proceso terapéutico. En este sentido, el carácter, la actitud y las habilidades interpersonales de la enfermera son elementos fundamentales, ya que influyen directamente en la confianza, la comunicación y la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Este modelo se estructura en cuatro etapas: orientación, donde se identifica el problema y se establece el primer contacto; identificación, en la que el paciente reconoce la necesidad de ayuda; exploración, etapa en la que se profundiza en la relación terapéutica y se abordan las dificultades; y resolución, donde se logra la independencia del paciente y la finalización del proceso.

Debido a su enfoque integral, este modelo es ampliamente utilizado por profesionales de enfermería y otras disciplinas clínicas, como la psicología y la psiquiatría. Por otro lado, la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud aporta una comprensión profunda del funcionamiento de la mente humana, siendo especialmente relevante en el abordaje de los problemas de salud mental. Esta teoría se centra en la influencia de los procesos mentales sobre los pensamientos, conductas y actitudes de las personas, destacando la importancia de los conflictos internos y las experiencias pasadas en la formación de la personalidad.

Freud propone una estructura de la mente dividida en tres niveles: consciente, preconsciente e inconsciente. El nivel consciente incluye aquellos pensamientos y percepciones de los que el individuo es plenamente consciente en un momento determinado. El preconsciente contiene información que no está presente de forma inmediata, pero que puede ser recuperada con facilidad. Por su parte, el inconsciente representa el nivel más profundo de la mente, donde se encuentran deseos, impulsos

y recuerdos reprimidos que influyen de manera significativa en el comportamiento, aunque el individuo no sea consciente de ello.

De esta manera, se promueve un afrontamiento más positivo de la enfermedad. La teoría de Mishel puede aplicarse en una amplia variedad de contextos clínicos, ya que tanto la persona enferma como sus familiares suelen enfrentarse a situaciones que generan ansiedad, temor y falta de control. En este sentido, el acompañamiento del personal de enfermería resulta fundamental para facilitar la comprensión de la situación, fortalecer los recursos de afrontamiento y promover la adaptación a los cambios, contribuyendo así al bienestar integral del paciente y su entorno (16).

2.3.4. Factores asociados

2.3.4.1. Factores de riesgo

Los factores que provocan ansiedad pueden ser ambientales, genéticos, de personalidad o vinculados con la utilización de sustancias.

- Elementos del medio ambiente: experiencias traumáticas, tensión en el trabajo, dificultades económicas o de salud, o la pérdida de un pariente.
- Elementos genéticos: poseer historial familiar con trastornos de ansiedad.
- Personalidad: Aspectos como el perfeccionismo, la propensión a eludir peligros, la introversión, la timidez o la represión en el comportamiento.
- Uso de sustancias químicas: La ingesta, uso inapropiado o abstinencia de sustancias, alcohol, cafeína, corticoesteroides o cocaína puede generar o agravar la ansiedad.
- Otros desórdenes psicológicos: Los individuos que sufren de otras afecciones mentales, como la depresión, frecuentemente también sufren de un trastorno de ansiedad.

Se pueden clasificar los factores de riesgo en predisponentes y desencadenantes. Los factores predisponentes provocan que ciertas personas sean más propensas a serlo (26).

2.3.4.2. Factores protectores

Los factores protectores de la salud mental son recursos que ayudan a las personas a manejar el estrés, las emociones y a potencializar sus capacidades.

Algunos de estos factores son:

- Tener buenas relaciones interpersonales
- Practicar ejercicio con regularidad
- Dormir lo suficiente
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco
- Tener buenos hábitos alimenticios
- Realizar actividades sociales, culturales, deportivas y recreativas
- Tener un bue sentido del humor
- Tener relaciones estrechas con familiares
- Tener logros personales valorados personalmente
- Tener un nivel de inteligencia normal-alto

Algunas formas de potenciar los factores protectores de la salud mental son:

- Cultivar hábitos de autocuidado
- Fortalecer las habilidades sociales
- Fomentar relaciones interpersonales significativas
- Trabajar en la inteligencia emocional y la capacidad para resolver problemas
- Practicar gratitud
- Centrar la atención en las cosas positivas (26).

2.3.5. Ansiedad en mujeres menopáusicas

La ansiedad es una manifestación habitual durante la menopausia, y podría estar vinculada con las alteraciones hormonales que suceden en este período.

Algunos signos de la menopausia, como los sofocos, podrían parecer equivalentes a un episodio de pánico.

Para manejar la ansiedad durante la menopausia, tienes la posibilidad de:

- Identificar que es habitual y que no te encuentras en soledad.
- Conversar con un experto en salud
- Desarrollar prácticas de meditación o conciencia total.
- Realizar actividad física de manera constante
- Mantener una dieta balanceada Mantener una dieta balanceada.
- Restringir la ingesta de cafeína
- Buscar el respaldo emocional de los amigos y familiares durante la menopausia, y podría estar vinculada con las alteraciones hormonales que suceden en este período.

Algunos signos de la menopausia, como los sofocos, pueden parecer parecidos a los de la menopausia (4).

2.3.6. Síntomas de ansiedad

2.3.6.1. Afectivos

- Los síntomas afectivos de la ansiedad pueden incluir:
- Sentimientos de miedo, temor, inquietud, o pánico
- Sensación de nerviosismo, agitación, o tensión
- Accesos de llanto o risa nerviosa
- Bajo estado de ánimo, apatía, o frustración
- Irritabilidad o mal genio
- Cambios de humor (24).

2.3.6.2. Somáticos

La ansiedad puede provocar síntomas somáticos como:

- Dolor de cabeza
- Dolor de espalda
- Dolor en el pecho
- Latidos cardiacos irregulares
- Dolor articular
- Dolor en brazos o en piernas (26).

3. Antecedentes investigativos

3.1. Nivel internacional

Sánchez, Andrés. "Trastornos del Sueño en Mujeres Menopaúsicas que Asisten a la IPS Avanzar FOS en Floridablanca - Santander". Colombia, 2024. Quienes concluyen que los trastornos del sueño son altamente prevalentes en mujeres menopáusicas, especialmente en aquellas mayores de 50 años y con comorbilidades. Estos hallazgos resaltan la necesidad de una atención médica oportuna e integral para abordar estas alteraciones, considerando los cambios hormonales y propios de esta etapa, para mejorar la calidad de vida de los pacientes (27).

Tejada et al. "Beneficios de la actividad sobre los síntomas de la menopausia". España, 2023. Concluyeron que la evidencia recopilada respalda la viabilidad y eficacia de programas de intervención basados en el ejercicio físico, destacando su contribución a la mejoría del estado emocional y calidad de vida en esta etapa durante y después de la menopausia (15).

Borquéz et al. ''Ansiedad y menopausia. estudio cualitativo en muestra de mujeres de san miguel, provincia de Buenos Aires''. Argentina, 2023. Quienes concluyen que el nivel de ansiedad tiene a incrementar en mujeres que atraviesan la menopausia, posiblemente como consecuencia de los cambios hormonales de esta etapa, los cuales pueden actuar como desencadenes de alteraciones emocionales y psicológicas (28).

3.2. Nivel nacional

Castillo, Hilary. "Análisis bibliométrico de la producción científica sobre ansiedad y depresión durante la menopausia y el climaterio, 2017 a 2022". Lima, 2022. Concluyeron que la producción científica sobre ansiedad durante la menopausia y el climaterio ha ido en aumento presentando su pendiente máxima en 2021, con mayor predisposición de los autores hacia las revistas de Q1 en Estados Unidos; Menopause es la revista científica con más publicaciones (29).

Santillán, Carito. ''Calidad de vida de mujeres con menopausia atendidas en el Puesto de Salud de Condorillo Alto Chincha, Lima 2022.''. Lima, 2022. Quienes concluyen que el estudio evidencio que la menopausia influye negativamente en diversos aspectos de la calidad de vida, destacando una afección significativa en el bienestar físico, emocional y sexual de las mujeres evaluadas (4).

Quispe, M; García, K. ''Producción científica sobre la salud mental de mujeres con menopausia: una revisión narrativa Lurigancho, Lima 2025'' Lima, 2025. Concluyeron que la menopausia está estrechamente vinculada con trastornos emocionales y del sueño, siendo estos abordados de manera efectiva mediante enfoques farmacológicos y psicoterapéuticos (30).

3.3. Nivel local

Aragón, D; Yucra, V. "Capacidad de resiliencia y calidad de vida de mujeres menopáusicas del área de influencia del C. S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena - Arequipa, 2020". Arequipa, 2020. Quienes concluyen que existe una correlación significativa entre la resiliencia y la calidad de vida. Este hallazgo refuerza la importancia de los recursos psicológicos personales como factor protector frente al impacto emocional y físico de la menopausia (31).

Quico, A; Viza, P. "Conocimientos y prácticas de autocuidado en la etapa de la menopausia en mujeres de 40 a 55 años que asisten al mercado inmaculada concepción, Paucarpata- 2022". Arequipa, 2022. Concluyeron que el estudio mostró que, aunque las mujeres poseen información adecuada sobre el autocuidado en la etapa menopáusica, este conocimiento no se traduce de forma proporcional en la práctica cotidiana, lo que pone en relieve la necesidad de intervenciones educativas y conductuales más efectivas que promuevan un cambio real en los hábitos de salud en esta etapa (32).

4. Objetivos

- Identificar como se presenta la calidad del sueño en mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas.
- Determinar los niveles de ansiedad, y los síntomas somáticos y afectivos en mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas.
- Determinar si existe relación entre la calidad del sueño y síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas

5. Hipótesis

Dado que, durante la menopausia, la disminución de melatonina y la alteración del sistema circadiano generan latencia prolongada, despertares nocturnos, reducción del sueño profundo y disfunción diurna, afectando de manera directa la calidad del descanso. Estos trastornos se presentan junto con cambios hormonales propios que alteran la regulación emocional e incrementan la sensibilidad al estrés, favoreciendo la aparición de síntomas afectivos y somáticos vinculados a la ansiedad.

"Es probable que existe relación significativa entre la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas atendidas en el Centro de Salud Las Esmeraldas, Arequipa, en el año 2025".

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos de verificación

1.1. Técnica

La técnica utilizada fue la Encuesta; consiste en la recolección de datos donde se aplicó el cuestionario estructurado y estandarizado. Según Casas Anguita (34). Esta técnica permitió obtener información directa de cada una de nuestras participantes sobre la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad; facilitando su posterior análisis cuantitativo.

1.2. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos psicométricos estandarizados: El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (SAS). Ambos cuentan con validez y confiabilidad comprobadas, lo que garantiza la calidad de este estudio.

1.1. Variables

1.2.1. Para la variable independiente

Calidad del sueño: El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), fue desarrollado originalmente por Buysse et al. y validado al español por Royuela y Macías; así también fue validado al Perú por Luna- Solís Y.; Robles-Arana, Y.; Agüero-Palacios Y, quienes demostraron la confiabilidad interna del PSQI, medida a través del alfa de Cronbach, la cual varía entre 0.74 y 0.83; lo que indica una buena consistencia interna. El instrumento valora los siguientes componentes:

- Calidad subjetiva del sueño
- Latencia del sueño
- Duración del sueño
- Eficiencia habitual del sueño
- Trastornos del sueño
- Uso de medicamentos para dormir
- Disfunción diurna (33)

Cada componente se califica de 0 a 3 puntos, y la suma de todos ellos da una puntuación global que oscila entre 0 y 21 puntos, categorizada en los siguientes rangos:

- 0 - 5 puntos → Buena calidad del sueño
- 6 - 10 puntos → Calidad del sueño moderadamente alterada
- 11 - 15 puntos → Mala calidad del sueño
- 16 - 21 puntos → Indicativo de trastornos graves del sueño (34).

1.2.2. Para la variable dependiente

Síntomas de ansiedad: La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (SAS)**, e**n el año 1985, Novara J, Sotillo C y Warthon D (37,38) fue validad en Perú. Consta de 20 ítems, cada uno relacionado con manifestaciones propias que aleguen ansiedad. Estos ítems abarcan una amplia gama de síntomas que pueden ser indicativos de trastornos emocionales. En esta, los participantes encuentran una serie de columnas tituladas "Nunca o Casi Nunca", "A Veces", "Con Bastante Frecuencia", "Siempre o Casi Siempre" y junto con las cuales deben marcar según su percepción de cada síntoma durante la última semana.

Cada ítem se califica en una escala de 1 a 4 puntos, la puntuación total oscila entre 20 y 80 puntos, las puntuaciones superiores a 45 indican niveles elevados de ansiedad. 20 - 44 puntos → Ansiedad dentro de rangos normales.

- 45 - 59 puntos → Ansiedad leve a moderada
- 60 - 74 puntos → Ansiedad marcada
- 75 - 80 puntos → Ansiedad extrema (35,36).

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en el Centro de Salud Las Esmeraldas, el cual está ubicado en la Avenida las Esmeraldas s/n, departamento de Arequipa, distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

El puesto de salud Las Esmeraldas pertenece a la Microred Víctor Raúl Hinojosa Llerena que consta de una cartera de servicios de medicina, pediatría, odontología, obstetricia, enfermería, psicología, nutrición, servicio social, saneamiento, seguro integral SIS, laboratorio, tópico, estimulación temprana, psicoprofilaxis, niño sano.

2.2. Ubicación temporal

El estudio fue coyuntural para el año 2025

2.3. Unidad de estudio

La unidad de estudio estuvo conformada por mujeres en edad adulta que presentan menopausia que se encuentren entre los 40 a 60 años.

2.3.1. Universo

El universo estuvo conformado por 80 mujeres en edad menopaúsica que se atienden en el consultorio de medicina, ginecología, psicología del Centro de Salud Las Esmeraldas, en el departamento de Arequipa.

2.3.2. Muestra

El presente estudio no contó de muestra debido a que se trabajó con el íntegro de la población.

2.4. Criterios de inclusión

Se incluyeron:

- Mujeres en proceso de menopausia que aceptaron participar del estudio y firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres que asistieron al Centro de Salud de las Esmeraldas durante el período de 6 meses para la recolección de datos.

2.5. Criterios de exclusión

Se excluyeron:

- Pacientes que no desearon participar del estudio
- Pacientes que se encontraban en tratamiento psiquiátrico

2.6. Estrategia para la recolección de datos

2.6.1. Organización

El proyecto de tesis se entregó a la Facultad de Enfermería, con el objetivo de que la decana determine al jurado encargado de dictaminar; tras solventar las observaciones del jurado, se acudió a la misma dependencia la designación del asesor de tesis. Se presentó el trabajo ante el comité de ética.

Se presentó el proyecto a la Gerencia de Salud donde se obtuvo la aprobación correspondiente para su implementación.

Respecto a la realización del análisis, primero se implementó el consentimiento escrito. La herramienta de la variable independiente fue proporcionada a la población objeto de estudio para su resolución. Cuando el individuo necesitó una explicación más profunda, se proporcionó las respuestas adecuadas.

Para el análisis de los datos, se empleó el programa estadístico SPSS V.26, la información ha sido presentada en tablas y gráficos.

2.6.2. Análisis estadístico

Los datos recolectados se procesaron electrónicamente elaborando una matriz de datos en el Excel y luego en el programa SPSS v26.0. Para la comprobación de hipótesis se sugiere la prueba de: $\boldsymbol{\lambda\, 2}$ ($\boldsymbol{Chi - cuadrado}$).

2.6.3. Recursos

2.6.3.1. Humanos

- Investigadoras
- Asesores

2.6.3.2. Materiales

- Paquetes informáticos Office y SPSS
- Material de escritorio: Hojas, papel, lápiz, etc.

2.6.3.3. Financieros

Autofinanciado por las investigadoras

2.6.3.4. Institucionales

- Faculta de Enfermería de la Universidad Católica Santa María
- Centro de Salud las Esmeraldas

CAPÍTULO III
RESULTADOS

Tabla 2

Población de estudio según edad

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 40 a 45 años	36	45,0
De 46 a 51 años	21	26,3
Más de 52 años	23	28,7
TOTAL	80	100,0

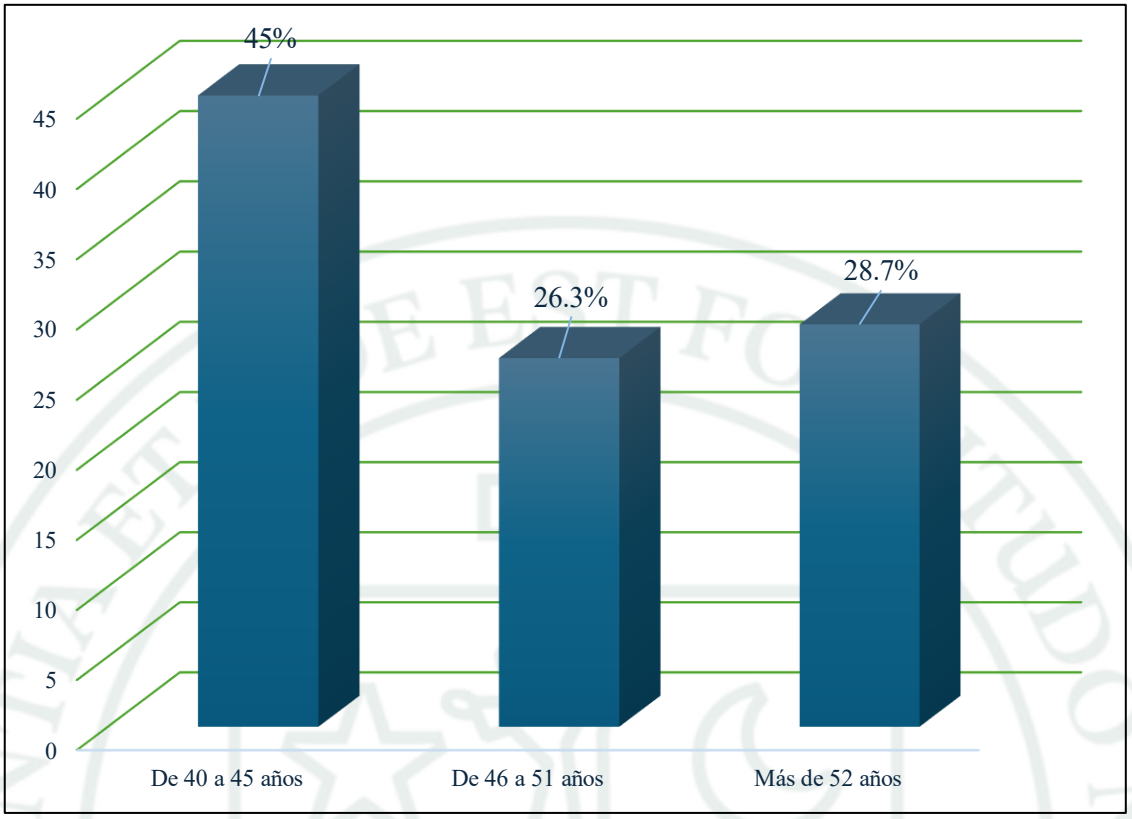
***Elaboración propia.**

En la **tabla 2** se describe la edad de las mujeres menopáusicas que formaron parte de la población de estudio. Se encontró que casi la mitad está en el rango de edad de 40 a 45 años, seguida en frecuencia por el rango de edad de más de 52 años con casi un tercio.

Se deduce que, aproximadamente más de un tercio de las mujeres evaluadas se encuentra en el rango de 40 a 45 años.

Figura 1

Población de estudio según edad



***Elaboración propia.**

Tabla 3

Población de estudio según el estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	6	7,5
Casada	59	73,8
Viuda	4	5,0
Separada/divorciada	11	13,8
TOTAL	**80**	**100,0**

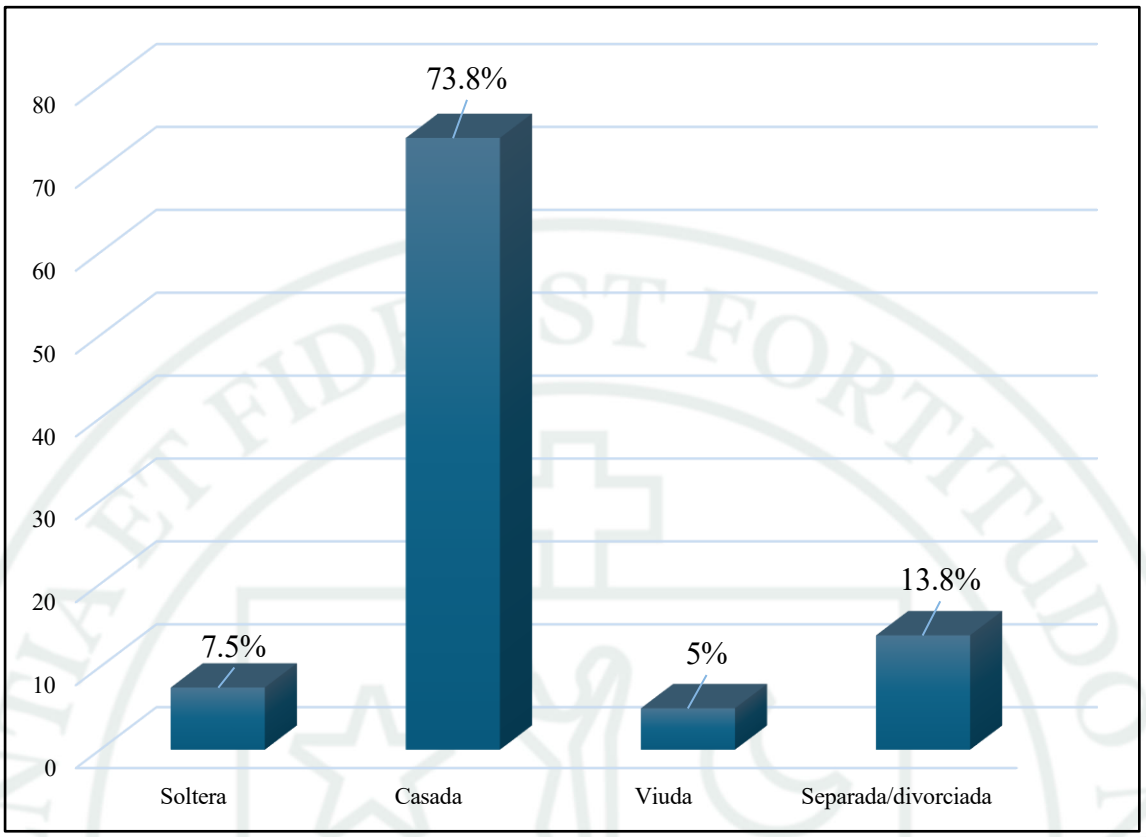
***Elaboración propia.**

En la **tabla 3** se presenta la distribución del estado civil de las mujeres menopaúsicas. La mayoría refirió ser casada (73,8%), seguida por un 13,8% que indicó estar separada o divorciada, un 7,5% soltera y un 5% viuda.

Se deduce que, del total de la población evaluada, casi las tres cuartas partes representan a las mujeres en proceso de menopausia que son de estado civil casadas.

Figura 2

Población de estudio según el estado civil



***Elaboración propia.**

Tabla 4

Población de estudio según el grado de instrucción

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	0	0,0
Primaria	3	3,8
Secundaria	15	18,8
Superior Técnico	14	17,5
Superior Universitario	48	60,0
TOTAL	**80**	**100,0**

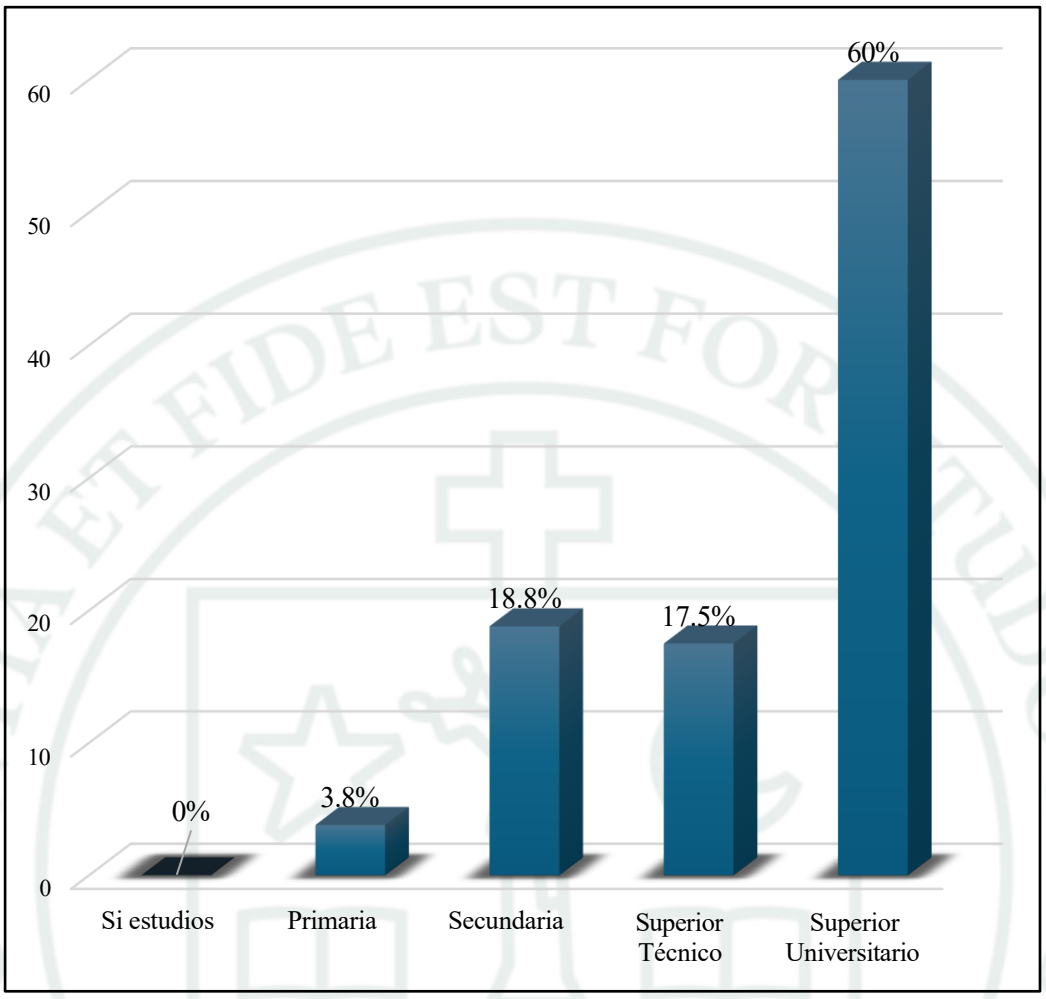
***Elaboración propia.**

En la **tabla 4** se describe el grado de instrucción de las mujeres menopáusicas atendidas en el Centro de Salud Las Esmeraldas de la ciudad de Arequipa, y que formaron parte de la población de estudio. Más de la mitad (60%) referían grado de instrucción superior universitario, seguido de secundaria (18,8%) casi a la par de las que refirieron nivel superior técnico con 17,5 %. Solo el 3,8% refirió nivel primario y ninguna refería no tener estudios.

Se deduce que, del total de la población evaluada, las mujeres con grado de instrucción superior universitario constituyen aproximadamente tres quintos del total.

Figura 3

Población de estudio según el grado de instrucción



***Elaboración propia.**

Tabla 5

Población de estudio según la situación laboral

Situación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
No trabaja	3	3,8
Dependiente	40	50,0
Independiente	37	46,3
TOTAL	**80**	**100,0**

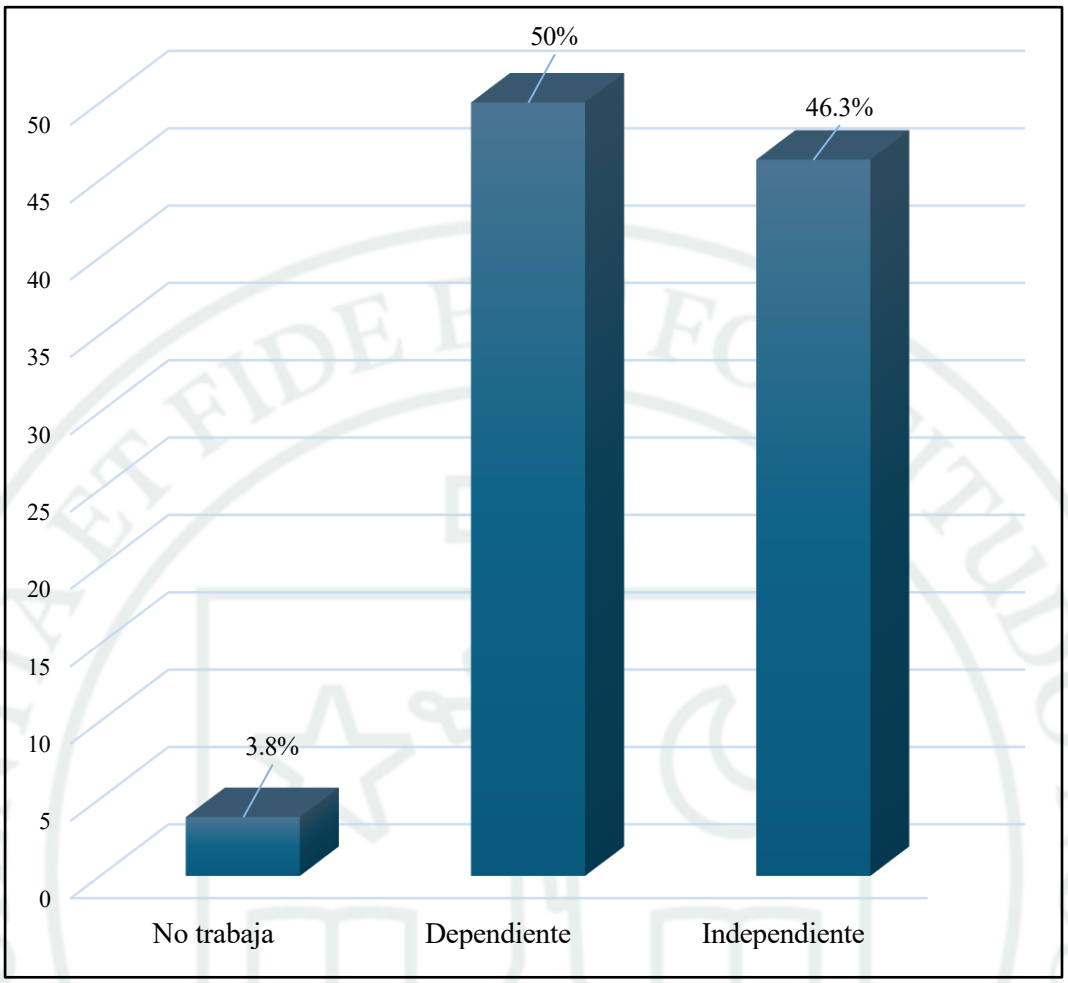
***Elaboración propia.**

En la **tabla 5** se describe situación laboral de las mujeres menopáusicas que formaron parte de la población de estudio. La mitad de las estudiadas tienen una situación laboral dependiente; un 46.3% en grado independiente y un 3.8% de la población que no trabaja.

Se deduce que, del total de la población evaluada, la mitad corresponde a mujeres con situación laboral dependiente.

Figura 4

Población de estudio según la situación laboral



***Elaboración propia.**

Tabla 6

Población de estudio según la convivencia familiar

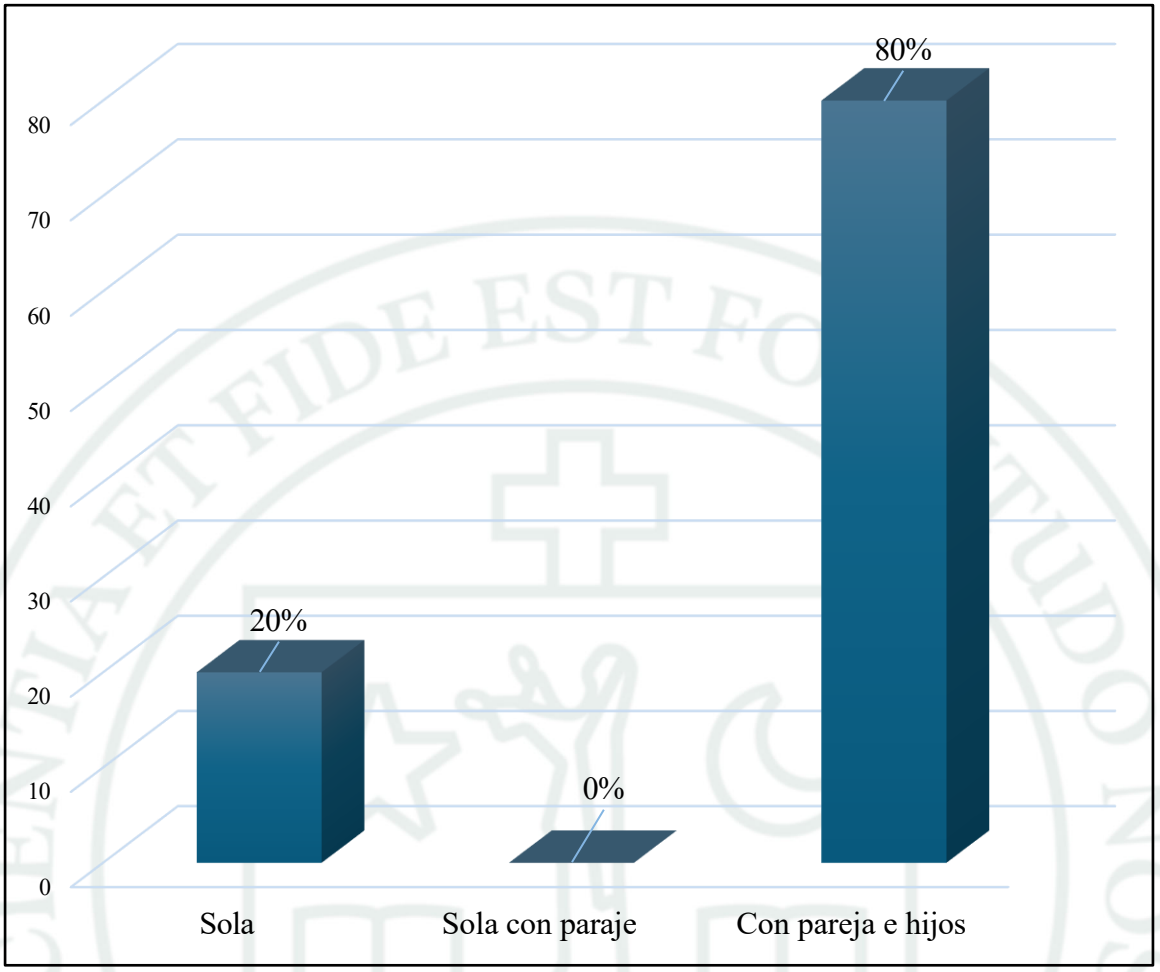
Convivencia Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Sola	16	20,0
Sola con pareja	0	0,0
Con pareja e hijos	64	80,0
TOTAL	**80**	**100,0**

En la **tabla 6** se describe la convivencia familiar de las mujeres menopáusicas que formaron parte de la población de estudio. El 80% refirió que vive con su pareja e hijo, mientras que el 20% indicó que vive sola. Ninguna de la encuestadas indicó que vivía sola con su pareja.

Se deduce que, del total de la población evaluada, las cuartas quintas partes de mujeres conviven con pareja e hijos.

Figura 5

Población de estudio según la convivencia familiar



***Elaboración propia.**

Tabla 7

Calidad de sueño en la población de estudio

Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)	Frecuencia	Porcentaje
Buena	22	27,5
Moderadamente	49	61,3
Mala	8	10,0
Grave	1	1,3
TOTAL	**80**	**100,0**

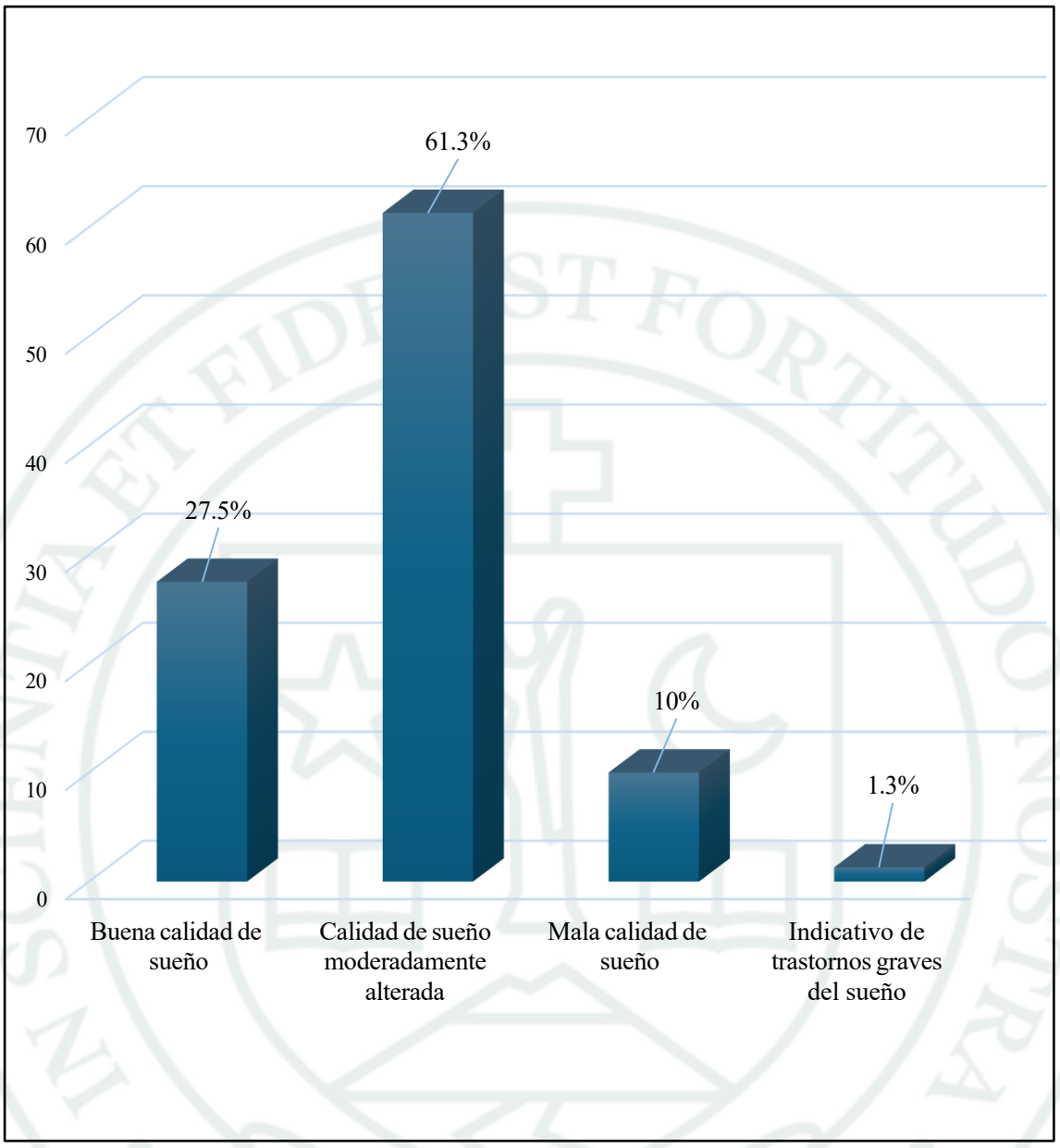
***Elaboración propia.**

En la **tabla 7** los resultados muestran que el 61,3 % de las mujeres presentó una calidad de sueño moderadamente alterada, seguido de un 27,5 % con buena calidad de sueño y un 10,0 % con mala calidad de sueño. Asimismo, se identificó un solo caso (1,3 %) con indicativos de trastornos graves del sueño.

Se deduce que, de la población evaluada, más de las tres quintas partes presentan calidad de sueño moderadamente alterada.

Figura 6

Calidad de sueño en la población de estudio



***Elaboración propia.**

Tabla 8

Calidad de sueño según dimensiones

DIMENSIONES		CALIDAD DE SUEÑO				
		Buena	**Moderada**	**Mala**	**Grave**	**TOTAL**
Calidad subjetiva del sueño	F	9	23	33	15	**80**
	%	11,3	28,7	41,3	18,8	**100,0**
Latencia del sueño	F	6	63	11	0	**80**
	%	7,5	78,8	13,8	0,0	**100,0**
Duración del sueño	F	11	48	14	7	**80**
	%	13,8	60,0	17,5	8,8	**100,0**
Eficiencia habitual del sueño	F	59	17	2	2	**80**
	%	73,8	21,3	2,5	2,5	**100,0**
Trastornos del sueño	F	2	52	23	3	**80**
	%	2,5	65,0	28,7	3,8	**100,0**
Uso de medicación para dormir	F	68	10	0	2	**80**
	%	85,0	12,5	0,0	2,5	**100,0**
Disfunción diurna	F	12	34	27	7	**80**
	%	15,0	42,5	33,8	8,8	**100,0**

***Elaboración propia.**

En la **Tabla 8** los resultados reflejan que, en esta población de mujeres menopáusicas, la calidad del sueño se encuentra mayormente comprometida en sus dimensiones, de latencia, duración y presencia de trastornos, mientras que la eficiencia y el bajo uso de medicación constituyen aspectos relativamente preservados. La elevada proporción de disfunción diurna confirma el impacto clínico y social de estas alteraciones, que pueden intensificar síntomas de ansiedad y afectar la calidad de vida.

Este perfil evidencia la necesidad de intervenciones integrales en salud, orientadas a la promoción de hábitos de sueño saludables, acompañamiento psicológico y estrategias de afrontamiento durante la menopausia, con el fin de mitigar la relación negativa entre sueño y ansiedad.

Tabla 9

Ansiedad en la población de estudio

Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (SAS)	Frecuencia	Porcentaje
Normal	19	23,8
Leve a Moderada	57	71,3
Marcada	4	5,0
Extrema	0	0,0
TOTAL	**80**	**100,0**

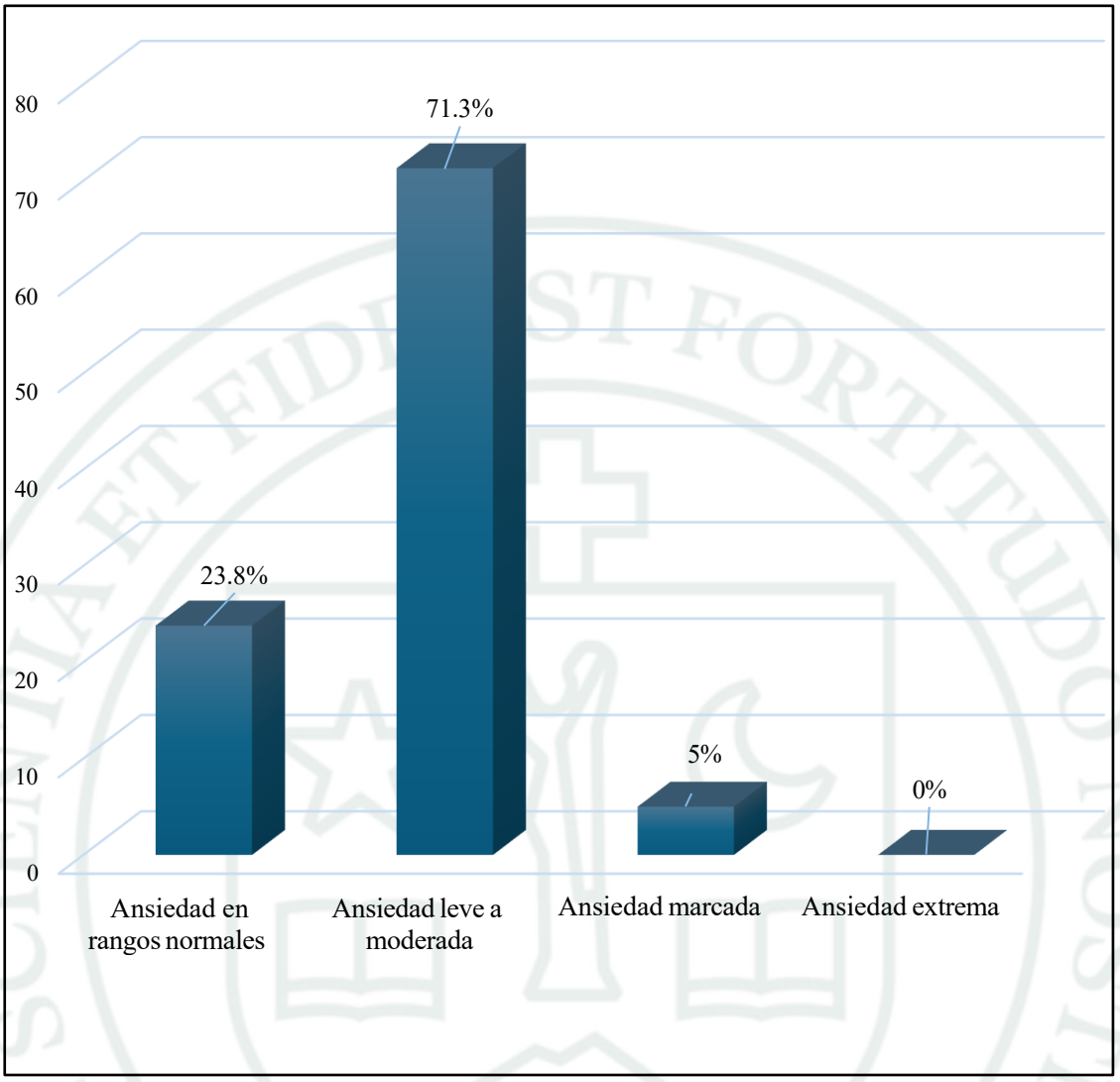
***Elaboración propia.**

En la **tabla 9** se describe la variable dependiente del estudio: El 71,3 % de las evaluadas presentó ansiedad leve a moderada, el 23,8% presentó ansiedad en rangos normales, 5% presentó ansiedad marcada, mientras que no se encontraron caso de ansiedad extrema.

Se deduce que, cerca de las tres cuartas partes de mujeres en proceso de menopausia presentan ansiedad leve a moderada.

Figura 7

Ansiedad en la población de estudio



***Elaboración propia.**

Tabla 10

Ansiedad según la calidad de sueño

ANSIEDAD		CALIDAD DE SUEÑO				
		Buena	**Moderadamente alterada**	**Mala**	**Graves**	**TOTAL**
Normal	F	10	9	0	0	**19**
	%	12,5	11,3	0,0	0,0	**23,8**
Leve a moderada	F	12	36	8	1	**57**
	%	15,0	45,0	10,0	1,3	**71,3**
Marcada	F	0	4	0	0	**4**
	%	0,0	5,0	0,0	0,0	**5,0**
Extrema	F	0	0	0	0	**0**
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	**0,0**
TOTAL	**F**	**22**	**49**	**8**	**1**	**80**
	%	**27,5**	**61,3**	**10,0**	**1,3**	**100,0**

Chi 2 = 11,569 Gl = 6 p = 0,072

***Elaboración propia.**

Al analizar la relación entre los niveles de ansiedad y la calidad de sueño, se observa que la mayoría de las mujeres con ansiedad leve a moderada presentan una calidad de sueño moderadamente alterada, representando 36 de las 57 mujeres en este nivel. Asimismo, dentro del grupo con ansiedad normal, predominan los casos con calidad de sueño buena (10 de 19 mujeres) y moderadamente alterada (9 de 19). En cuanto a los casos de ansiedad marcada, estos se concentran principalmente en mujeres con calidad de sueño moderadamente alterada (4 de 4 casos). No se registraron casos de ansiedad extrema en ninguna categoría de calidad de sueño. La prueba Chi-cuadrado indica que no existe relación estadísticamente significativa (p = 0,072).

Se deduce que, entre las mujeres con ansiedad leve a moderada, casi la mitad presenta una calidad de sueño moderadamente alterada. Asimismo, dentro del grupo con ansiedad normal, más de un décimo tiene buena calidad de sueño, mientras que más de un décimo tiene sueño moderadamente alterado. Estas fracciones evidencian que los niveles más elevados de ansiedad tienden a concentrarse en quienes presentan una calidad de sueño menos favorable.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se identifico que más de las tres quintas partes de las mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas presentan calidad de sueño moderadamente alterada.

SEGUNDA: Se determino que las mujeres menopáusicas que acuden al Centro de Salud las Esmeraldas son más de las tres quintas partes del total que presentan niveles de ansiedad leve a moderada.

TERCERA: Se determino mediante la aplicación de las pruebas estadísticas como el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung (SAS) que no existe relación significativa entre la calidad del sueño y síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas del Centro de Salud las Esmeraldas evidenciado por el valor de p = 0,072

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda al Centro de Salud, incluir estrategias para el manejo de la ansiedad y la mejora de la calidad del sueño, contribuyendo al bienestar emocional de las mujeres en proceso de menopausia.

SEGUNDA: A futuras investigaciones realizar estudios en otras poblaciones que permitan ampliar el conocimiento sobre la relación entre calidad del sueño y ansiedad en mujeres menopáusicas, dado que, no se encontró relación significativa. Considerar otros factores moduladores como el estado hormonal, comorbilidades médicas o el contexto psicosocial, evitando suponer una asociación directa sin evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Labián et al. La menopausia y su relación con los trastornos del sueño. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2024; 5(11): 74 [citado 24 Noviembre 24 Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-menopausia-y-su-relacion-con-los-.
2. Organización Mundial de la Salud. Menopausia. [Online].; 2024 [citado 2024 Diciembre 20. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause.
3. Hernández et al. Metodología de la Investigación[Internet]. 2014.
4. Santillán C. Calidad de vida de mujeres con menopausia atendidas en el Puesto de Salud Condorillo Alto Chincha 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2022 [citado 2025 Enero 30. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/ecda0ff8-1e8a-40ef-b28a-a5d722ab3a5f/content.
5. Instituto Marqués. Fisiología de la Menopausia. [Online].; 2024 [citado 2024 Diciembre 25. Disponible en: https://institutomarques.com/ginecologia/unidad-de-menopausia/fisiologia-de-la-menopausia/.
6. Kravitz H, Joffe H. Sleep During the Perimenopause: A SWAN Story. Obstetrics and gynecology clinics of North America. [Internet]. 2011; 38(3): 567-86 Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3185248/.
7. Salud Md. Norma técnica de salud para el cuidado integral de la persona adulta (NTS) N° 229-MINSA/DGIESP-2025. [Online].; 2025.
8. Pérez J. La apnea obstructiva del sueño en mujeres: Síntomas y nuevas perspectivas. [Online].; 2024 [citado 2025 Abril 12. Disponible en: https://www.esteveteijin.com/apnea-obstructiva-sueno-mujeres-sintomas-perspectivas/.
9. Planned Parenthood. Características comunes y duración de la Menopausia. [Online].; 2023 [citado 2024 Diciembre 30.
10. National Institute on Aging. ¿Qué es la menopausia? [Online].; 2024 [citado 2024 Noviembre 5. Disponible en: https://www.nia.nih.gov/espanol/menopausia/menopausia.
11. De Polo et al. Cambios en el Estado de Ánimo, Pena y Depresión durante la Menopausia. [Online].; 2021 [citado 2025 Enero 2. Disponible en: https://www.breastcancer.org/es/efectos-secundarios- tratamiento/menopausia/cambios-estado-animo-depresion.

12. Guerrero et al. Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. Revista Médica Sinergia. [Internet]. 2023; 8(01) Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109431.

13. Marcos, E. Intervención farmacéutica para mejorar la calidad de vida de las mujeres con problemas de sueño, en la etapa de la menopausia: [Tesis Doctoral][Internet]. 2022 [citado 2025 Enero 15. Disponible en: https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/c555b45b-347a- 4236b88f5d6d5b054b8b/content.

14. Salud Mental 360. Factores de riesgo de la ansiedad en la adolescencia. [Online].; 2022 [citado 2025 Enero 30. Disponible en: https://depresion.som360.org/es/blog/factores-riesgo-ansiedad-adolescencia.

15. Tejada et al. Beneficios de la actividad sobre los síntomas de la menopausia. Revisión sistemática. Journal of Sport & Health Research. [Internet]. 2023; 15 [citado 2025 Enero 30 Disponible en: https://recyt.fecyt.es/index.php/JSHR/article/view/102347.

16. Colegio Oficial de Enfermería de Lugo. Actualización en Enfermería familiar y comunitaria Modelos de Enfermería. [Online].; 2021. Disponible en: http://chromextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf.

17. Libre Texts. Biopsicología (OERI). [Online].; 2022 [citado 2025 Abril 27.

18. García I. Menopausia y Sueño. [Online].; 2023 [citado 2025 Enero 12. Disponible en: http://www.medicosypacientes.com/articulo/ardor-y-sensacion-de-boca-seca-principales-problemas-bucodentales-durante-la-menopausia.

19. Fabres L, Moya P. Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2021; 32(5): 527-534 [citado 2015 Enero 5 Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000894.

20. Watson et al et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. J Clin Sleep Med. [Internet]. 2015; 11(6): 591-592 Disponible en: https://link.springer.com/article/10.5664/jcsm.4758.

21. Chien N. Importancia de la Fisiología del Sueño. Mol. Sci. [Internet]. 2020; 21: 2232 [citado 2025 Enero 8.

22. Valiensi et al. Calidad de sueño, síntomas depresivos y las otras cosas de la menopausia. Rev. Arg. de Psiquiat. [Internet]. 2019; 30(147): 333-339 [citado 2025 Enero 12.

23. Vilchez et al. Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. Rev. chil. neuro- psiquiatr. [Internet]. 2016; 54(4): 272-281 [citado 2027 Febrero 25 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272016000400002&script=sci_arttext.

24. Caissa G. Síntomas de Trastornos Afectivos: Cómo Identificarlos. [Online].; 2022 [citado 2025 Enero 30. Disponible en: https://neuroscenter.com/blog/sintomas-de- trastornos-afectivos/.

25. Sandín et al. Ansiedad cognitiva y somática: Relación con otras variables de ansiedad y psicosomáticos. Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología. [Internet]. 1994; 47(3): 313-320.

26. Acaro A. Factores protectores y de riesgo del proceso salud- enfermedad en la ruta del Qhapaq Ñan parroquia de Quinara-Loja: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2019 [citado 2025 Enero 30. Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/server/api/core/bitstreams/15a5941a-b0cf-41d6-bec1-71d975686f05/content.

27. Sánchez A. Trastornos del Sueño en Mujeres Menopaúsicas que Asisten a la IPS Avanzar FOS en Floridablanca - Santander". Colombia, 2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano][Internet]. 2024.

28. Borquéz et al. Ansiedad y menopausia. estudio cualitativo en muestra de mujeres de san miguel, provincia de Buenos Aires. Revista digital prospectivas en psicología. [Internet]. 2022; 6(1): 4 -16 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/363659589.

29. Castillo H. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre ansiedad y depresión durante la menopausia y el climaterio, 2017 a 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia][Internet]. 2023 [citado 2025 Julio 15. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/04693364-0105-4a52-901c-fa6b84fd7275/content.

30. Quispe M, García K. Producción científica sobre la salud mental de mujeres con menopausia: una revisión narrativa[Internet]. 2025 [citado 2025 Julio 15.

31. Aragón D, Yucra V. Capacidad de resiliencia y calidad de vida de mujeres menopáusicas del área de influencia del C. S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena – Arequipa, 2020: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2020 [citado 2025 Noviembre 24. Disponible en:

https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d151380f-a290-4efd-b9ad-3beee4fc0ed1/content.

32. Quico A, Viza P. Conocimientos y prácticas de autocuidado en la etapa de la menopausia en mujeres de 40 a 55 años que asisten al mercado Inmaculada Concepción, Paucarpata – 2022: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería][Internet]. 2022 [citado 2025 Noviembre 24.
33. Ravelo M. Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh en estudiantes universitarios peruanos[Internet]. 2022 [citado 2025 Mayo 13.
34. Luna et al. Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. Anales de Salud Mental. [Internet]. 2015; Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/download/91/90/180.
35. Zung W. Manual Zung - Ansiedad y Depresión[Internet]. 2021 [citado 2025 Mayo 13.
36. Carepatron. Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung[Internet]. 2024 [citado 2025 Mayo 13.
37. Novara et al. Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung. Rev Neuropsiquiatr. [Internet]. 1985; 48(3): 213-220 [citado 2025 Mayo 13.
38. Ugarriza, N; Escurra, M. Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana[Internet]. 2002 [citado 2025 Mayo 13.
39. Casas et al. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Aten Primaria. [Internet]. 2003; 31(8): 527 38 [citado 2025 Noviembre 24.
40. Navarro A, Agramonte A. Climaterio y sueño: revisión narrativa. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. 2022; 26 [citado 2025 Enero 30.
41. García I. Ansiedad en la menopausia. Inmenopausia[Internet]. 2023 [citado 2025 Enero 30. Disponible en: https://www.institutodelamenopausia.com/divulgacion/sintomas/caracteristicas-de-la-postmenopausia.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Título del estudio: Relación entre la calidad del sueño y síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas del Centro de Salud Las Esmeraldas, Arequipa - 2025.

Investigadores principales: Ali Sucari, Karla Marcela; De La Cruz Mengoa, Briza Valeria

Institución: Universidad Católica de Santa María

Objetivo del estudio: Este estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad en mujeres menopáusicas del Centro de Salud "Las Esmeraldas, Arequipa".

Procedimiento: La participación consiste en completar dos cuestionarios: el Cuestionario de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) y la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (SAS). El tiempo estimado para llenar los cuestionarios es de 15-20 minutos. La participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Confidencialidad: Toda la información recolectada será tratada de manera confidencial. Los datos se utilizarán exclusivamente para esta investigación y serán presentados de forma anónima.

Voluntariedad: Su participación es completamente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica.

Firma del consentimiento: Al firmar este documento, usted acepta participar en este estudio de manera voluntaria y consciente.

Firma:

Nombre completo: __

DNI: _____

Huella digital:

Fecha: _____

Anexo 2

Cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? **(Apunte el tiempo en minutos)** _____
3. Durante el último mes, ¿a que hora se ha estado levantando por la mañana? _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) **(Apunte las horas que cree haber dormido)** _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:
   a) *No poder conciliar el sueño en la primera media hora:*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   b) *Despertarse durante la noche o de madrugada:*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   c) *Tener que levantarse para ir al sanitario:*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   d) *No poder respirar bien:*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   e) *Toser o roncar ruidosamente:*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   f) *Sentir frío:*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   g) *Sentir demasiado calor:*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   h) *Tener pesadillas o "malos sueños":*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   i) *Sufrir dolores:*
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
   j) *Otras razones (por favor describalas a continuación):*
      _____
      ( ) Ninguna vez en el último mes
      ( ) Menos de una vez a la semana
      ( ) Una o dos veces a la semana
      ( ) Tres o más veces a la semana
6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?
   ( ) Bastante buena
   ( ) Buena
   ( ) Mala
   ( ) Bastante mala
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?
   ( ) Ninguna vez en el último mes
   ( ) Menos de una vez a la semana
   ( ) Una o dos veces a la semana
   ( ) Tres o más veces a la semana
8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?
   ( ) Ninguna vez en el último mes
   ( ) Menos de una vez a la semana
   ( ) Una o dos veces a la semana
   ( ) Tres o más veces a la semana
9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?
   ( ) Ningún problema
   ( ) Un problema muy ligero
   ( ) Algo de problema
   ( ) Un gran problema

***Luna et al, (34).**

Anexo 3

Instrucciones para calificar el cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Componente 1: Calidad de sueño subjetiva

Examine la pregunta 6, y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Bastante buena	0
Buena	1
Mala	2
Bastante mala	3

Calificación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

1. Examine la pregunta 2, y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine la pregunta 5a, y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

3. Sume los valores de las preguntas 2 y 5a
4. Al valor obtenido asigne el valor correspondiente

Suma de 2 y 5a	*Valor*
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del dormir

Examine la pregunta 4 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

Calificación del componente 3: _____

Componente 4: Eficiencia de sueño habitual

1. Calcule el número de horas que se pasó en la cama, en base a las respuestas de las preguntas 3 (hora de levantarse) y pregunta 1 (hora de acostarse)
2. Calcule la eficiencia de sueño (ES) con la siguiente fórmula:

[Núm. horas de sueño (pregunta 4)÷Núm. horas pasadas en la cama]×100=ES (%)

3. A la ES obtenida asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Calificación del componente 4: _____

Componente 5: Alteraciones del sueño

1. Examine las preguntas 5b a 5j y asigne a cada una el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Sume las calificaciones de las preguntas 5b a 5j
3. A la suma total, asigne el valor correspondiente

Suma de 5b a 5j	*Valor*
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Calificación del componente 5: _____

Componente 6: Uso de medicamentos para dormir

Examine la pregunta 7 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Calificación del componente 6: _____

Componente 7: Disfunción diurna

1. Examine la pregunta 8 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

2. Examine la pregunta 9 y asigne el valor correspondiente

Respuesta	*Valor*
Ningún problema	0
Problema muy ligero	1
Algo de problema	2
Un gran problema	3

3. Sume los valores de la pregunta 8 y 9
4. A la suma total, asigne el valor correspondiente:

Suma de 8 y 9	*Valor*
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Calificación del componente 7: _____

Calificación global del ICSP

(Sume las calificaciones de los 7 componentes)

Calificación global: _____

***Luna et al, (34).**

Anexo 4

Ficha Técnica Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Nombre: Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Autor: Dr. Daniel Buysse y colaboradores, Universidad de Pittsburgh

Objetivo: Evaluar la calidad del sueño en adultos durante un período de un mes.

Número de ítems: 19 preguntas autoadministradas + 5 preguntas adicionales para el cónyuge/compañero (no incluidas en la puntuación)

Dimensiones evaluadas:

1. Calidad subjetiva del sueño
2. Latencia del sueño
3. Duración del sueño
4. Eficiencia habitual del sueño
5. Alteraciones del sueño
6. Uso de medicación para dormir
7. Disfunción diurna

Escala de puntuación: Cada componente se califica de 0 a 3, con una puntuación total de 0 a 21 (puntuaciones mayores a 5 indican mala calidad del sueño)

Tiempo de aplicación: Aproximadamente 5-10 minutos

Uso: Clínico y de investigación, especialmente en estudios sobre trastornos del sueño.

***Luna et al, (34).**

Anexo 5

Cuestionario Escala de Autoevaluación de la de Zung (SAS)

NOMBRES: _____Edad:_____ Sexo: _____ Religión:_____Fecha:_/_____/_____

Fecha de nacimiento. ____/_____/_____

Dirección: _____Teléfono: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre casi siempre
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre				
2	Me siento con temor sin razón.				
3	Despierto con facilidad o siento pánico.				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.				
5	Siento que todo esta bien y que nada malo puede sucederme.				
6	Me tiemblan los brazos y las piernas.				
7	Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento tranquilo (a) y puedo permanecer en calma fácilmente.				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11	Sufro mareos.				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente.				
14	Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies.				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16	Orino con mucha frecuencia.				
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.				
18	Siento bochornos.				
19	Me quedo dormido (a) con facilidad y descanso bien durante la noche.				
20	Tengo pesadillas.				
TOTAL, DE PUNTOS					

***Novara, (37).**

Anexo 6

Ficha técnica del cuestionario Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (SAS)

Nombre: Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (Self-Rating Anxiety Scale - SAS)

Autor: William W.K. Zung

Año de publicación: 1971

Objetivo: Evaluar la intensidad de la ansiedad en adolescentes y adultos

Número de ítems: 20 preguntas

Dimensiones evaluadas:

Síntomas afectivos (8 ítems)

Síntomas somáticos (12 ítems)

Escala de puntuación:

Cada ítem se califica en una escala de 1 a 4 puntos

La puntuación total oscila entre 20 y 80 puntos

Puntuaciones superiores a 45 indican niveles elevados de ansiedad

Tiempo de aplicación: Aproximadamente 5-10 minutos

Uso: Clínico y de investigación, especialmente en estudios sobre trastornos de ansiedad Confiabilidad: Estudios han reportado coeficientes de fiabilidad entre 0.66 y 0.79, lo que indica una buena consistencia interna

Baremos de la Escala de Zung

20 - 44 puntos → Ansiedad dentro de rangos normales

45 - 59 puntos → Ansiedad leve a moderada

60 - 74 puntos → Ansiedad marcada

75 - 80 puntos → Ansiedad extrema

Este baremo se basa en estudios clínicos y se ha utilizado en diversas investigaciones para evaluar la ansiedad en poblaciones específicas

***Ugarriza; Escurra, (38).**

Anexo 7

Constancia de ejecución

REPÚBLICA DEL PERÚ
GOBIERNO REGINAL DE AREQUIPA

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

GOBIERNO REGIONAL
Red de Salud Arequipa Caylloma

Arequipa, 2025 noviembre 06

OFICIO N° 168 - 2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.VRHLL-CSE

Señor (a)
Dra. Enf. Mirta Cardeña Valverde
Decana de la Escuela Profesional de Enfermería de la UCSM
Presente. -

Asunto: Trabajo de Investigación

Me es grato dirigirme a usted con el fin de saludarla atentamente y en atención a los documentos emitidos por las respectivas autoridades al C.S Las Esmeraldas, mediante el presente cumplo en alcanzarle la respuesta a su solicitud sobre la ejecución del proyecto de tesis de las señoritas bachilleres:

KARLA MARCELA ALI SUCARI
BRIZA VALERIA DE LA CRUZ MENGOA

Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, con la ejecución del proyecto de investigación titulado: **"RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO Y SINTOMAS DE ANSIEDAD EN MUJERES MENOPAUSICAS DEL CENTRO DE SALUD LAS ESMERALDAS"**, se informa que: cumpliendo con sus metas indicadas en el tiempo de 6 meses correspondientes y sin presentar ninguna dificultad en haber aplicado su instrumento; las señoritas bachilleres han culminado satisfactoriamente en este centro la ejecución de su proyecto.

Sin otro particular y agradeciendo la atención brindada al presente, es propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente:

MINISTERIO DE SALUD - C.S. LAS ESMERALDAS - MICRORED - JEFATURA

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED VICTOR HINOJOSA LLERENA
C.S. LAS ESMERALDAS
Marcela Muñoz Fernandez
RESPONSABLE DE JEFATURA

Anexo 8

Matriz de datos

INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH						
COMPONENTE 1	COMPONENTE 2	COMPONENTE 3	COMPONENTE 4	COMPONENTE 5	COMPONENTE 6	COMPONENTE 7
0	1	1	0	2	0	0
1	3	1	0	3	0	2
0	3	1	0	2	0	3
0	2	0	0	2	1	0
0	3	1	0	2	0	1
0	3	0	0	2	3	3
1	0	0	0	1	0	0
2	1	3	1	2	0	3
1	0	0	0	1	0	0
1	1	1	0	2	0	0
1	0	1	0	1	0	0
1	2	1	1	1	1	1
1	3	0	0	2	0	2
1	1	1	0	1	0	1
1	3	1	0	2	0	1
1	3	2	1	2	0	2
1	1	1	0	1	0	2
1	2	2	1	1	0	2
2	2	1	0	1	0	2
2	3	2	1	2	0	2
1	3	1	0	2	0	1
1	2	0	0	1	0	0
1	2	2	1	1	0	2
1	2	0	0	1	0	0
2	1	2	1	2	0	1
1	1	1	0	1	0	1
1	2	1	2	1	0	1
1	2	1	0	1	0	2
1	2	1	0	1	0	2
2	0	3	2	1	0	1
1	3	1	0	2	0	1
1	2	1	0	1	0	1
1	0	1	0	1	0	1
1	3	1	1	2	0	1
2	1	1	0	1	0	3
1	1	1	0	1	0	2
1	2	2	1	1	1	2
1	2	1	0	1	0	2
1	3	1	0	2	0	1
1	2	1	0	1	0	2
1	1	1	0	1	0	1

1	2	1	0	1	0	1	
1	2	1	0	3	1	3	
1	2	1	0	1	0	2	
1	1	1	0	2	0	1	
1	1	1	0	1	1	1	
1	1	1	0	0	0	1	
1	1	1	0	1	0	1	
1	2	1	0	1	0	2	
1	2	3	1	2	1	1	
1	1	1	0	1	0	2	
1	1	2	1	1	0	3	
1	2	1	0	1	0	2	
1	2	1	0	1	0	2	
1	2	1	0	1	0	1	
1	2	2	1	1	0	2	
1	2	1	0	1	0	2	
1	2	1	0	1	0	2	
2	1	3	1	1	0	1	
0	2	1	0	1	1	0	
1	1	2	0	1	1	1	
1	1	1	0	1	0	1	
1	2	2	1	2	0	1	
1	2	1	0	1	0	2	
1	2	3	1	1	0	2	
1	2	2	0	1	0	2	
1	2	1	0	1	0	1	
1	2	2	0	1	0	2	
2	3	1	0	2	0	2	
1	1	1	0	1	0	1	
1	2	1	0	2	0	1	
1	0	1	0	1	0	0	
1	3	2	3	2	1	1	
1	1	0	0	1	1	0	
2	3	3	3	2	3	3	
1	0	0	0	1	0	0	
1	0	0	0	1	0	1	
2	1	2	1	1	0	1	
1	0	0	0	0	0	1	
2	1	3	1	3	0	1	

ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD - TEST DE ZUNG

ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14	ITEM15	ITEM16	ITEM17	ITEM18	ITEM19	ITEM20
1	4	1	2	2	2	2	2	1	1	4	4	1	4	1	4	4	4	1	4
3	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
4	3	4	2	2	4	1	3	2	1	3	3	1	3	2	4	4	4	1	2
1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	4	3	1	3	1	3	4	4	1	4
1	1	1	1	3	2	3	2	1	2	3	3	1	4	1	3	4	4	1	3
3	1	4	4	4	1	1	1	4	3	2	1	1	4	3	3	4	1	1	1
1	3	1	2	3	4	1	1	2	1	4	4	2	4	1	4	4	4	1	1
4	3	2	3	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	4	4	4	4	1	4
2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2
2	3	2	4	2	1	1	3	4	3	2	3	1	2	3	2	3	2	1	3
2	3	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	1	2	1	2	3	3	1	3
1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	4	2	3	2	3	4	4	1	4
1	2	1	4	2	3	1	2	1	2	4	3	3	4	1	3	3	3	1	3
1	3	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	1	2	1	3	3	3	1	3
2	4	1	2	4	4	1	2	1	2	4	3	2	3	2	4	4	4	1	4
1	2	1	4	2	3	1	2	1	2	4	3	3	4	1	3	3	3	1	3
1	3	2	1	4	4	1	2	1	1	4	2	3	4	2	4	4	3	1	4
3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	2	3	4	3	4	4	4	1	4
1	4	1	4	4	4	1	3	2	3	3	2	1	4	1	4	4	3	1	4
1	2	1	4	2	3	1	2	1	2	4	3	3	4	1	3	3	3	1	3
2	4	1	2	4	4	1	2	1	2	4	3	2	3	2	4	4	4	1	4
2	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	2
2	4	3	4	3	4	1	2	3	2	3	3	1	4	2	4	4	4	1	4
2	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	2
3	4	2	3	2	4	1	1	2	1	2	2	1	4	2	3	3	2	1	2
1	3	1	1	2	2	1	2	1	1	2	3	1	2	1	3	3	3	1	3
2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	4	4	1	4	2	2	4	4	1	4
2	4	3	4	3	4	2	2	3	2	3	3	1	2	4	4	4	4	1	3
2	4	3	4	3	4	1	2	3	2	3	3	1	4	2	4	4	4	1	4
2	3	1	4	3	4	2	2	1	1	3	3	1	4	1	4	4	4	1	2
2	4	1	2	4	4	1	2	1	2	4	3	2	3	2	4	4	4	1	4
2	3	2	2	3	2	1	1	1	2	4	3	2	4	2	4	4	4	1	2
1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	3	3	1	3	2	3	3	3	1	4
2	2	2	1	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	2
1	4	2	3	2	3	1	2	1	3	3	2	1	3	3	2	3	3	1	2
2	4	1	2	3	2	1	2	4	2	4	3	2	3	1	4	4	4	1	4
3	3	3	2	3	3	3	2	4	3	3	4	1	3	2	3	4	3	1	4
2	4	1	2	3	2	1	2	4	2	4	3	2	3	1	4	4	4	1	4
2	4	1	2	4	4	1	2	1	2	4	3	2	3	2	4	4	4	1	4
2	2	1	2	2	3	2	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	3	1	3
2	3	3	1	2	4	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	4	4	1	4
2	2	2	1	4	4	2	2	1	1	3	4	1	4	1	3	4	3	1	4

2	2	4	2	1	2	3	3	4	4	2	3	4	4	2	2	4	4	1	2	
2	4	2	1	2	1	1	2	1	2	4	4	2	4	2	4	4	4	1	4	
2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	4	2	2	3	
2	2	1	1	3	2	3	1	1	1	3	4	1	4	1	2	3	3	2	4	
2	4	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	4	2	3	4	4	2	4	
1	4	1	1	2	1	2	2	2	1	4	4	1	4	2	4	4	4	1	4	
2	4	3	4	2	2	2	2	4	3	4	4	4	3	2	2	3	4	1	3	
2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	3	2	4	4	4	1	2	
1	3	2	1	4	4	1	2	1	1	4	3	2	4	2	4	4	3	1	4	
2	2	4	2	4	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	
2	4	3	4	3	4	2	2	3	2	3	3	1	4	2	4	4	4	1	3	
2	4	3	4	2	4	1	2	3	2	3	3	1	4	2	4	4	4	2	4	
2	3	2	2	1	4	2	1	1	1	1	2	2	2	1	3	4	2	2	1	
2	4	3	4	3	4	1	2	3	2	3	3	1	4	2	4	4	4	1	4	
2	4	3	2	2	3	3	1	4	3	3	2	1	3	4	3	4	4	1	1	
2	4	3	4	3	4	1	2	3	2	3	3	1	4	2	2	4	4	1	4	
2	3	3	1	4	1	1	1	4	3	2	2	1	2	3	3	3	2	1	3	
2	4	2	1	4	1	1	1	2	1	4	4	3	3	2	2	2	4	1	4	
2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	2	1	2	2	3	3	3	1	2	
2	3	2	2	3	4	2	1	1	2	3	2	3	3	2	3	4	4	1	3	
2	4	1	2	3	3	1	2	1	2	4	3	2	3	1	4	4	4	2	4	
2	4	1	2	3	2	1	2	1	2	4	3	2	3	1	4	4	4	1	4	
2	3	3	3	3	4	3	4	3	2	3	3	4	4	3	4	4	3	1	2	
2	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	4	3	4	4	3	1	4	
2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	
2	2	3	3	4	3	2	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	2	
2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	4	2	3	3	3	4	4	1	4	
2	4	2	2	3	2	1	2	2	2	3	3	2	4	2	4	4	4	1	4	
2	4	1	2	4	4	1	2	2	1	4	3	2	4	2	3	3	4	1	4	
2	4	2	1	4	4	1	1	2	1	4	4	2	4	2	4	4	4	1	3	
3	2	2	3	2	4	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	1	4	
1	3	1	1	2	2	1	1	2	1	4	4	1	4	1	4	4	4	1	4	
4	4	4	4	3	1	1	1	1	2	2	2	3	2	2	2	4	4	1	1	
1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	3	4	4	1	3	3	3	1	3	
2	2	1	1	4	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	4	4	4	1	4	
2	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	1	4	
2	2	2	1	3	1	1	1	1	1	3	3	2	2	2	4	4	4	1	1	
3	2	4	4	3	4	1	2	4	3	3	3	4	4	4	2	3	2	2	2	

DATOS GENERALES				
EDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	SITUACION LABORAL	CONVIVENCIA FAMILIAR
MAS 52	DIVORCIADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	SOLTERA	PRIMARIA	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
MAS 52	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
MAS 52	SOLTERA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	SOLA
MAS 52	CASADA	SECUNDARIA	NO TRABAJA	SOLA
46-51	SOLTERA	PRIMARIA	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
MAS 52	CASADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
MAS 52	CASADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	SOLA
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	SOLA
MAS 52	VIUDA	TECNICO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
MAS 52	CASADA	TECNICO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	DIVORCIADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	DIVORCIADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
MAS 52	SOLTERA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	CASADA	TECNICO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
46-51	VIUDA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	SOLA
40-45	DIVORCIADA	TECNICO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
MAS 52	DIVORCIADA	TECNICO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
MAS 52	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	SOLA
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
4O-45	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS
40-45	CASADA	TECNICO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS

46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	DIVORCIADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	SOLA	
40-45	CASADA	TECNICO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	VIUDA	SECUNDARIA	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	TECNICO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	CASADA	SECUNDARIA	NO TRABAJA	SOLA	
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	CASADA	TECNICO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
46-51	CASADA	TECNICO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	SOLTERA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	SOLA	
40-45	DIVORCIADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	VIUDA	TECNICO	DEPENDIENTE	SOLA	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	DIVORCIADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	SOLA	
40-45	DIVORCIADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	CASADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	SOLA	
46-51	DIVORCIADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	INDEPENDIENTE	SOLA	
MAS 52	CASADA	PRIMARIA	NO TRABAJA	SOLA	
40-45	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	

MAS 52	SOLTERA	TECNICO	INDEPENDIENTE	SOLA	
46-51	CASADA	UNIVERSITARIO	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	CASADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
40-45	CASADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	CASADA	TECNICO	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
46-51	CASADA	SECUNDARIA	DEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	
MAS 52	DIVORCIADA	TECNICO	INDEPENDIENTE	SOLA	
40-45	CASADA	SECUNDARIA	INDEPENDIENTE	PAREJA E HIJOS	