

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CAPACIDAD DE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES  
MENOPÁUSICAS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL C. S. VICTOR  
RAUL HINOJOSA LLERENA - AREQUIPA, 2020**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**ARAGÓN AYALA, DAYANA MARIA  
YUCRA GONZALES, VERONICA VANESSA**

Para optar el Título Profesional de:  
ENFERMERAS

Asesora: Dra. Reyna Ysmelia Peralta Gómez

**AREQUIPA - PERÚ  
2020**

## ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

La presente tesis "CAPACIDAD DE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES MENOPÁUSICAS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA - AREQUIPA, 2020". Reúne las condiciones y tiene mi conformidad.



---

**Dra. Reyna Ysmelia Peralta Gómez**  
**Asesora**

---

## MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Regina Yselda Ocola de Mostajo	Presidenta
Dra. Reyna Ysmelia Peralta Gómez	Vocal
Mg. Zenovia Mamani Macedo	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 26 de julio del año 2021, APROBADA POR UNANIMIDAD CON MENCIÓN DE FELICITACIÓN PÚBLICA queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.



---

**Mg. Zenovia Mamani Macedo**  
**Secretaria**

## DEDICATORIA

*A Dios por darme la vida y ser la luz que guía mi camino.  
A mis padres, Ana María y Carlos por su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera, gracias a ellos alcancé una meta más en mi vida profesional y me motivaron cada día a ser una mejor persona. A ti madre por brindarme tus consejos y palabras de aliento; y a ti padre por tu dedicación y trabajo.  
A mis dos hermanos por estar siempre a mi lado y brindarme la fuerza para seguir adelante.  
Gracias a todos, los amo.*

*Dayana Aragón Ayala*

*Dedico esta tesis a Dios quien supo darme fuerzas para seguir adelante a pesar de las adversidades que hubo durante todo este camino. A mi familia, por ellos soy lo que soy, mi padre Juan a quien estaré eternamente agradecida por muchos consejos que aun guardo en mi memoria y corazón (mi ángel de la guarda). A mi madre Sandra por darme valentía, amor, creer en mi y por ayudarme con todos los recursos necesarios para estudiar. A mis hermanos por el afecto, cariño e incentivo que son para mi. A mi querido y amado Leonel por brindarme ayuda en los momentos mas difíciles y enseñarme a no rendirme nunca con la guía Dios. Muchas gracias Dios por poner personas maravillosas en mi camino.*

*Veronica Yucra Gonzales*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A nuestras familias por acompañarnos y guiarnos en el camino para ser profesionales.*

*A nuestra asesora Dra. Ysmelia Peralta por su paciencia, su tiempo y la orientación brindada para elaborar nuestra tesis, sobre todo por motivarnos a investigar.*

*A nuestras docentes de la Facultad de Enfermería, quienes a lo largo de los años nos brindaron sus conocimientos y enseñaron con dedicación el cuidado del ser humano.*

*A todas las mujeres que participaron en el estudio y a las personas que de una u otra manera nos apoyaron a realizar este trabajo.*

*Muchas gracias*

*Dayana y Veronica*

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b> .....	<b>10</b>
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
B. OBJETIVOS.....	15
C. ALCANCES Y LIMITACIONES .....	15
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
A. ANTECEDENTES.....	16
B. BASE TEÓRICA .....	20
C. HIPÓTESIS.....	61
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES .....	62
<b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>64</b>
A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	64
B. PROCEDIMIENTO .....	64
C. DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO.....	65
D. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	66
E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	67
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b> .....	<b>69</b>
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	69
B. DISCUSIÓN.....	78
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>81</b>
A. CONCLUSIONES .....	81
B. RECOMENDACIONES.....	82
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>84</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>88</b>
ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	89
ANEXO N°2: FICHA INDIVIDUAL.....	90
ANEXO N°3: CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS..	91
ANEXO N°4: ESCALA DE RESILIENCIA (ER) DE WAGNILD Y YOUNG.....	93

## RESUMEN

Gran variedad de síntomas que aparecen con la menopausia afectan el bienestar de una mujer, disminuyendo su capacidad para tolerar el impacto negativo del riesgo, es decir su resiliencia. Así, nos propusimos determinar si existe relación entre la capacidad de resiliencia y calidad de vida en una población. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional. La muestra fue de 55 mujeres menopáusicas que pertenecen al área de influencia del C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena, Arequipa-Perú; el muestreo fue no probabilístico por cuotas; se aplicaron dos instrumentos: Menopause Rating Scale (MRS) y la Escala de Resiliencia (ER) propuesta por Wagnild y Young.

Nuestros hallazgos evidencian que más de la mitad presentaron una capacidad de resiliencia moderada y el 45.5% presentó pérdida moderada de la calidad de vida a nivel global, mientras que, según sus dimensiones, a nivel Somático la afectación fue leve (38.2%), Psicológico fue moderada (34.5%) y Urogenital fue leve (50.9%). Ambas variables presentan una relación significativa, se concluye que mientras mayor sea la capacidad de resiliencia, mejor será la calidad de vida de las mujeres menopáusicas, es así que Enfermería contribuye en la promoción de salud durante esta etapa.

Palabras clave: *Resiliencia; menopausia; mujeres; calidad de vida.*

## ABSTRACT

A wide variety of symptoms that appear with menopause affect a woman's well-being, reducing her ability to tolerate the negative impact of risk, that is, her resilience. Thus, we set out to determine if there is a relationship between resilience capacity and quality of life in a population. It is a quantitative, descriptive, cross-sectional and correlational study. The sample consisted of 55 menopausal women belonging to the area of influence of C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena, Arequipa-Peru; the sampling was non-probabilistic by quotas; Two instruments were applied: Menopause Rating Scale (MRS) and the Resilience Scale (ER) proposed by Wagnild and Young.

Our findings show that more than half presented a moderate resilience capacity and 45.5% presented moderate loss of quality of life at the global level, while according to its dimensions, at the Somatic level the affectation was mild (38.2%), Psychological was moderate (34.5%) and Urogenital was mild (50.9%). Both variables present a significant relationship, it is concluded that the greater the resilience capacity, the better the quality of life of menopausal women, which is why Nursing contributes to health promotion during this stage.

*Keywords: Resilience; menopause; women; quality of life*

## INTRODUCCIÓN

En el mundo se calculó que en 1990 había 467 millones de mujeres postmenopáusicas, y que llegaría hasta 1200 millones en los próximos 40 años, para el año 2030. En la menopausia ocurre una pérdida de actividad folicular en los ovarios, provocando el cese permanente de la menstruación. Esta se diagnostica si durante un año completo se observa amenorrea no explicada por otra causa posible de naturaleza patológica o psicológica.

Siendo la menopausia una condición normal, 80% de mujeres presenta algún síntoma particular durante el climaterio o tiempo después. De estas, aproximadamente un 45% de mujeres manifiesta que su calidad de vida ha sido impactada negativamente. Gran variedad de síntomas que aparecen con la menopausia afecta de manera considerable el bienestar de una mujer haciendo de ella vulnerable, por lo tanto, no permite desarrollar la resiliencia que es la capacidad para sobrellevar los eventos adversos y sus consecuencias durante situaciones de riesgo.

Se realizó la presente investigación titulada “Capacidad de Resiliencia y Calidad de Vida de Mujeres Menopáusicas del Área de Influencia del C. S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena - Arequipa, 2020”, con el objetivo de determinar si existe relación entre la capacidad de resiliencia y la calidad de vida en mujeres menopáusicas de 45 a 55 años de edad que viven en áreas circundantes al C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena, de la ciudad de Arequipa. Es un estudio cuantitativo, cuyo tipo es descriptivo, de diseño correlacional y de corte transversal. El cual fue ejecutado entre los meses de octubre y noviembre del 2020.



Los resultados obtenidos evidencian que, de todas las mujeres menopáusicas, el 43.6% oscilan entre los 45 a 47 años, además la capacidad de resiliencia y la calidad de vida durante la menopausia en la población de estudio, muestra relación significativa entre ambas variables con una correlación positiva; en consecuencia, mientras mayor sea la capacidad de resiliencia, mejor será la calidad de vida de las mujeres menopáusicas.

Esta investigación se justifica, ya que, los hallazgos encontrados contribuirán a elevar el nivel de la calidad de vida de las mujeres menopáusicas, actualmente una etapa olvidada por sector salud. De esta manera se puede plantear estrategias de salud beneficiando directamente a las mujeres menopáusicas entre 45 a 55 años, además se favorecen a sus familias. Es así que Enfermería, en el Primer Nivel de Atención, puede contribuir en la promoción de salud de la mujer durante esta etapa de vida.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su publicación “Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa” establece que la menopausia natural es “el cese permanente de la menstruación resultante de la pérdida de actividad folicular en los ovarios” (1), comienza con el período menstrual final (PMF) la cual se reconoce por 12 meses continuos de amenorrea sin que la origine una enfermedad patológica o psicológica; además no se ha encontrado algún indicador biológico no dependiente. Esta aparece con mayor frecuencia entre los 45 y 55 años. (1)

Los síntomas en el climaterio se manifiestan en tres ámbitos: El psicológico con sensación de tensión, insomnio, ánimo disminuido, fatigabilidad física y mental, irritabilidad y ansiedad. En el ámbito somático se observan palpitations, bochornos, sensación de opresión en el pecho, sudoraciones inexplicadas y dolores musculares y osteoarticulares. Finalmente, el ámbito urogenital se caracteriza por incontinencia urinaria, sequedad vaginal y disfunción sexual. (2) 80% de las mujeres presenta al menos un síntoma característico de la menopausia, ya sea durante o después del climaterio,

afectando la calidad de vida en forma negativa en aproximadamente 45%.  
(3)

En el mundo se calculó que en 1990 había 467 millones de mujeres postmenopáusicas, es probable que en 2030 se llegue rápidamente a 1200 millones. En países desarrollados, en 1990 el 40% de las mujeres son posmenopáusicas y para el año 2030 la OMS calcula que disminuirá al 24%; mientras que para países en vías de desarrollo en 1990 eran 60% y este aumentará al 76% en 2030. Por lo tanto, la tasa de aumento del número de mujeres postmenopáusicas es mucho más alta en países en vías de desarrollo en comparación a los desarrollados. (1) Al 2019, aproximadamente en el mundo había 945 millones de mujeres comprendidas entre la edad de 45 a 69 años. (4)

En América Latina, según la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio (Redlinc), en un estudio transversal con 8373 mujeres de 40 a 59 años, en 18 ciudades de 12 países; aproximadamente el 50% de población de América Latina manifiesta presentar durante el fin de su etapa reproductiva, malestares moderados o severos, afectando su calidad de vida, siendo el puntaje promedio de la sintomatología climaterica (Menopause Rating Scale) para Latinoamérica de  $11,3 \pm 8,5$ , siendo en EE.UU. de  $9,1 \pm 7,6$ , en Asia de  $7,2 \pm 6,0$  y en Europa de  $8,8 \pm 7,1$ ; y; las latinoamericanas muestran puntajes más altos en los síntomas psicológico, somático y urogenital en relación con los otros continentes. (5,6)

Chile lidera la medición ya que el 81% de mujeres manifiesta tener síntomas severos y moderados, mientras que en Uruguay es el 67%. Después se ubica Venezuela con 62% y en Ecuador, 60%; Colombia se ubica por debajo del promedio con el menor puntaje 48%. Finalmente, las mujeres de Argentina, Bolivia, Cuba, República Dominicana, México, Panamá y Perú presentan alrededor de 49,5% y 56,5% padeciendo mala calidad de vida durante la menopausia. (7) En otro estudio, tanto en

mujeres rurales como urbanas se presentó un puntaje alto en la Menopause Rating Scale (MRS). Donde la gravedad de los síntomas resultó más perjudicial para las mujeres rurales, mientras que la calidad de vida en el área urbana era media y mejor. (8)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el Perfil Sociodemográfico del Perú, según el Censo del 2017, la población masculina es el 49,2% del total de la población encuestada mientras que la población de mujeres equivale al 50,8 %. Específicamente 3 317 712 mujeres están entre los 40 a 59 años de edad, siendo este justamente el periodo etáreo donde puede aparecer la menopausia. (9) La población femenina peruana del quinquenio 2015-2020 tiene una expectativa de vida 79,2 años, mucho más que los hombres con 73,7 años. (10)

En Perú, conforme a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2016 afirma que, de las mujeres de 30 a más años de edad, un 14,6% presenta menopausia sin estar embarazada ni con amenorrea postparto, considerando que su último período menstrual se dio hace 6 o más meses. Asimismo, entre 6,4% y 8,5% de las mujeres menores de 42 años tienen menopausia, y aquellas con edades entre 42 y 43 años fueron el 10,6%. El porcentaje de mujeres en menopausia de más de 44 años aumentó rápidamente; en especial las mujeres entre los 48 a 49 años el 54,5% está en menopausia. (11)

En Arequipa el 51.0% son mujeres, mientras que el 49.0% son varones. (12) Al censo del 2017, son 89 959 mujeres arequipeñas que comprenden la edad entre 45 a 55 años y específicamente en el distrito de José Luis Bustamante y Rivero son 6 139 mujeres. (9) Mientras tanto, en el área de influencia de la Micro Red de Víctor Raúl Hinojosa Llerena son un aproximado de 83 mujeres con edades entre 45 y 55 años.

La calidad de vida es definida por OMS como la forma en que la persona percibe el lugar que ocupa en el ámbito cultural y en el sistema de valores en que reside (13). Cuando un individuo es afectado por una enfermedad, se deteriora su salud física o emocional y también se altera su capacidad económica, ámbito familiar e incluso sus valores religiosos y políticos. Por esto, Calidad de Vida relacionado con la Salud se define como la valoración subjetiva que realiza la persona sobre su exterior y el impacto de su estado de salud sobre su capacidad para vivir satisfactoriamente. (14)

La menopausia es sólo un punto en la sucesión de etapas de la vida, y el estado de salud a partir de ese momento dependerá en gran parte del estado de salud precedente. (1) La gran variedad de síntomas que acompañan a la menopausia altera de manera considerable el bienestar de una mujer (15) haciendo de ella vulnerable, desarrollando quizás un comportamiento no asertivo. Es para ello que está la resiliencia, conceptualizada como una capacidad personal para tolerar el impacto negativo de situaciones de riesgo, llevadas a cabo adecuadamente. La resiliencia se entiende cómo desarrollar nuevas formas de vivir, haciendo frente a eventos traumáticos o estresantes. Alcanzar la resiliencia se convierte así en un éxito personal. (16)

Las personas que desarrollan la resiliencia se caracterizan por tener confianza en sí mismo, lograr la habilidad para resolver problemas y creer en su potencial personal. (16). También algunos aspectos de los sujetos resilientes son: enfrentamiento efectivo, adaptabilidad, habilidad, capacidad, competencia, baja susceptibilidad, resistencia a la destrucción, especial temperamento y desarrollo de capacidades cognitivas, que ayudarán a tolerar eventos estresantes permitiendo así superarlas. (17)

Esta capacidad de resiliencia ayuda a reformar el comportamiento, renovar actitudes y superar retos ante la adversidad. La resiliencia permite enriquecer el curso de vida, (16) entonces uno puede preguntarse

¿Afectará su calidad de vida? ¿La mujer podrá afrontar de manera exitosa su menopausia? ¿Será resiliente? Por lo expuesto, frente a este problema, se pretende responder la siguiente interrogante:

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD DE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS DE 45 A 55 AÑOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA - AREQUIPA, 2020?

## **B. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la relación entre la capacidad de resiliencia y calidad de vida en mujeres menopáusicas de 45 a 55 años del área de influencia del C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena - Arequipa, 2020

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar la población de estudio según: edad, lugar de nacimiento, grado de instrucción, estado civil, ocupación y tipo de seguro.
- Identificar la capacidad de resiliencia durante la menopausia en la población de estudio.
- Determinar la calidad de vida durante la menopausia en la población de estudio.
- Establecer la relación entre capacidad de resiliencia y la calidad de vida durante la menopausia en la población de estudio.

## **C. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **ALCANCES**

La generalización de los resultados solo aplica para poblaciones de similares características a las estudiadas, tales como las mujeres que pertenecen al área de influencia del C.S. San Martín de Socabaya; C.S. Ampliación Paucarpata y C. S. Javier Llosa García.

### **LIMITACIONES**

No se presentaron limitaciones.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES**

**MARTÍNEZ, L. y OTROS. (2017)** Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de diseño comparativo sobre la calidad de vida de mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas en Medellín. Entre 221 mujeres con una edad promedio de 51 años, se utilizó la escala Cervantes que evalúa la calidad de vida, incluye 4 áreas: menopausia y salud, psicología, sexo y relaciones conyugales. Los resultados muestran que en comparación con las mujeres perimenopáusicas, las mujeres posmenopáusicas tienen un mayor impacto negativo en la calidad de vida, lo que se refleja en las áreas psicológica y sexual. Encontró que, a mayor edad, baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico, la calidad de vida empeoró. (18)

**ALVEAR, J. y CALLE, A. (2015)** En Quito, se llevó a cabo un estudio de los factores que influyen en la calidad de vida en menopáusicas, de clase cuantitativa y tipo descriptivo en 288 unidades de observación, de 42 a 65 años; el instrumento utilizado fue la escala Menopause Rating Scale (MRS), que constó de 3 dimensiones: somático/vegetativa, psicológico y



urogenital. Concluyeron que presentaron mala calidad de vida, en especial el psicológico y urogenital. Y los factores que influyeron con mayor relevancia fueron: IMC, actividad física y consumo de frutas; mientras que el estado civil, nivel de instrucción, dieta y hábitos perniciosos, no tuvieron relevancia significativa. (19)

**ARGUETA, R. (2018)** En la zona oriental de El Salvador, en 123 unidades de observación de 45 a 55 años, se realizó una investigación cuantitativa y descriptiva sobre la calidad de vida relacionada con la menopausia y el climaterio; la herramienta utilizada fue la Escala de Calificación de la Menopausia (MRS), que fue determinada por 3 dimensiones: Somático–vegetativa, Psicológico y Urogenital de los cuales resultó que los dos primeros son los de mayor frecuencia. Siendo los síntomas más comunes: molestias musculares, articulares, agotamiento físico-mental e irritabilidad. (20)

**ILIZARBE, G. (2018)** En Lima se realizó un estudio sobre la calidad de vida de las mujeres que se atienden en un centro de climaterio, cuantitativo y descriptivo, con un total de 128 unidades de observación entre 40 y 60 años. Utilizando la escala de Cervantes, se encontraron 4 dimensiones: menopausia y salud, psicología, sexualidad y relación conyugal; de las cuales, en las tres primeras, por separado, más de la mitad presentó calidad de vida regular mientras que en la relación conyugal solo la tercera parte tiene calidad de vida regular y la cuarta parte, muy comprometida. Concluyó que la mayoría presenta calidad de vida regular. (21)

**ROMERO, C. (2019)** En Ica, realizaron un estudio en 52 mujeres mayores de 35 años sobre calidad de vida en el climaterio y factores sociodemográficos, de clase cuantitativa, descriptivo y correlacional. Utilizando el Cuestionario de Calidad de Vida Menopáusica (MENQOL) dividido en 4 áreas: Vasomotora, físico, psicosocial y sexual. Entre ellos, en los tres primeros aspectos, más del 50% de las personas mostraron una

calidad de vida regular; también en el área vasomotor, solo un poco más de un tercio es mala; en relación con lo sexual, más de un tercio su calidad de vida fue mala. (22)

**OROZCO, K. Y OTROS (2017)** En Lima se realizó un estudio sobre los estilos de afrontamiento frente al climaterio en mujeres de 40 a 50 años, con el objetivo de determinar estilos de afrontamiento; el estudio fue cuantitativo y descriptivo. Utilizaron el cuestionario BRIEF COPE (lista de verificación de estrategias de afrontamiento). Llegaron a la conclusión de que los estilos más utilizados son "buscar apoyo social por razones instrumentales-positivas" (que pertenece a la dimensión del estilo de afrontamiento centrado en el problema); "desconexión mental-positiva" (de la dimensión del estilo adicional de afrontamiento) y "empleo de la religión-positiva" (de la dimensión de estilo de afrontamiento que se centra en las emociones); este último estilo es el dominante de los tres. (23)

**PINTO, L. (2016)** En Arequipa, se estudió la calidad de vida postmenopáusica, HRHD, de clase cuantitativa y tipo descriptivo, estudiaron 114 unidades de observación, de 46 a 55 años; emplearon la escala Menopause Rating Scale (MRS), compuesta por 3 dimensiones: Somático– vegetativa, Psicológico y Urogenital. En la primera el síntoma más frecuente fueron los sofocos y sudoración, en la segunda fue la irritabilidad, y en la última fue la sequedad vaginal. Además, la esfera psicológica presentó compromiso severo mientras que en la somato-vegetativa y la urogenital fue moderado. Concluyendo que, en general, existe un impacto severo de la calidad de vida. (24)

**ÁLVAREZ, T. Y ZÚÑIGA, C. (2018)** En Arequipa, se efectuó un estudio sobre el grado de resiliencia en hombres y mujeres, HNCASE, de clase cuantitativa, tipo descriptivo y diseño correlacional, con 70 unidades de observación de 25 a 60 años. Se empleó la "Escala de resiliencia de Wagnild y Young", concluyeron que los pacientes adultos hombres y

mujeres presentaron un grado de resiliencia bajo, donde el sexo femenino tuvo mayor grado de resiliencia; además los pacientes con más tiempo de enfermedad presentaron un alto grado de resiliencia, por lo tanto, no están relacionados estos factores. (25)

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. MENOPAUSIA**

#### **1.1. Definición conceptual de Menopausia**

La Organización Mundial de la Salud define la menopausia natural como: "El cese permanente de la menstruación debido a la pérdida de actividad folicular en el ovario". Por lo tanto, se considera la menopausia como proceso fisiológico normal y aparece cuando a una mujer le llega su período menstrual final (PMF) es decir no presenta menstruación durante 12 meses consecutivos sin estar embarazada o sin otro origen patológico o psicológico. La menopausia ocurre principalmente entre los 45 y los 55 años de edad. Si ocurre antes de los 40 años, es menopausia temprana, y si ocurre después de los 50 años, es menopausia tardía. (1,26)

Etimológicamente menopausia, proviene de la raíz griega "meno" que significa mes y la raíz "pausia" que indica cese. Según la Asociación Española de Investigación sobre la Menopausia y el Centro Cochrane Iberoamericano, también se define como "el período durante el cual los ovarios dejan de producir hormonas después de 12 meses consecutivos de amenorrea". Es en esta etapa que la capacidad de reproducción de la mujer se termina, explicado por mecanismos endocrinológicos derivados de la alteración funcional de los folículos ováricos, desencadenando además cambios físico-emocionales, como parte de un proceso de vejez natural. (3,27)

La menopausia ocurre durante el climaterio, el cual es un periodo que simboliza un proceso de adaptación y cambio, donde la mujer pierde su capacidad reproductiva llegando a un estado sin capacidad de reproducción. No existe alguna base científica que considere a la menopausia como entidad patológica ni que indique un deterioro biológico, en cambio debe percibirse como un momento de reflexión sobre el quehacer de las mujeres, ya sean profesionales o madres,

siendo un periodo de cambio social, muchas veces complicado y doloroso, pero también de esperar abiertamente y aprovechar las oportunidades de diferentes medios. Además, la menopausia es parte de la vejez natural en la mujer que suele acompañarse de otras condiciones de salud, presentando en estas edades mayor morbimortalidad. (2,3,27)

## **1.2. Definición de:**

### **a) Perimenopausia:**

Es el período inmediato previo a la menopausia (marcado por el inicio de síntomas endocrinológicos y clínicos), junto al siguiente año. Suele ir acompañado de cambios en el ciclo menstrual como disminución del volumen de sangrado y frecuencia; las cuales suelen juntarse demasiado, o estar separadas ampliamente, o si no presentarse de irregularmente. (1,28)

### **b) Transición menopáusica:**

Es el período que precede al periodo menstrual final (PMF), pero cuando suele aumentar la variabilidad del ciclo menstrual. (1)

### **c) Premenopausia:**

Ocurre 1 o 2 años previos a la menopausia o a la totalidad de la etapa reproductiva anterior a ésta. El Grupo Científico de la OMS aconseja que el término se utilice en el segundo sentido, quiere decir que abarque todo el período fecundo hasta el PMF. (1)

### **d) Menopausia Inducida:**

Ocurre cuando quirúrgicamente (con o sin histerectomía) o iatrogénicamente (quimioterapia o irradiación) se extrae o incapacita a la función del ovario, provocando un cese de la menstruación no natural. (1)

**e) Postmenopausia:**

Se da después de la menopausia y empieza al cabo del periodo menstrual final (PMF), ya sea de causa espontánea o inducida. Durante esta fase surgen los síntomas y complicaciones, por la disminución lenta y progresiva de estrógenos con el paso del tiempo. Por tanto, es posible que un tercio de la vida de las mujeres sea posmenopáusica. En esta etapa suelen presentarse diversas enfermedades cardiovasculares, enfermedades degenerativas (enfermedad de Alzheimer), osteoporosis o tumores malignos. (28)

La posmenopáusica es el intervalo entre 1 y 6 años después de la menopausia; ocurren dos etapas: temprana y tardía; la fase temprana, comprende los dos primeros años, en cambio la fase tardía comienza desde el segundo año. (26)

**f) Menopausia prematura:**

Es una menopausia que ocurre en una edad menor a dos desviaciones estándar a lo esperado. Ocurre por debajo de los 40 años de manera natural. Se observa en aproximadamente 1 de cada 100 mujeres. (1,15)

**g) Climaterio:**

Periodo de transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Puede dividirse en tres etapas: Perimenopausia; Menopausia y Posmenopausia. (28)

Esta etapa comprende desde la premenopausia hasta la postmenopausia, provocando cambios fisiológicos de la mujer pudiendo afectar su salud o su calidad de vida. Algunas no perciben ningún síntoma de la menopausia, sin embargo, otras mujeres sienten que los cambios son muy pronunciados, lo que implica un

aumento en el número de consultas clínicas relacionadas a la menopausia. (29)

Durante el climaterio los niveles de estradiol aumentan, por lo tanto, científicamente, no se considera a la menopausia como una patología. No obstante, se puede presentar cierta sintomatología que afecta la calidad de vida de las mujeres; estos síntomas pueden ser psíquicos, urogenitales o vasomotores, además aumenta el riesgo de osteoporosis, enfermedad cardiovascular, etc. Es importante la identificación particular de los síntomas, pero además, importa comprender la evaluación subjetiva de estos y cómo afectan su calidad de vida. (2)

#### **h) Síndrome Climatérico**

Conjunto de signos y síntomas que ocurren debido a una disminución significativa y cese posterior de los estrógenos en las mujeres. (28)

### **1.3. Síntomas relacionados y no relacionados con la Menopausia**

Durante la transición menopáusica, algunas mujeres manifiestan síntomas temporales; no considerados una amenaza grave para la salud, siendo solo molestos y a veces, limitan las actividades cotidianas. A continuación, se presentan algunos síntomas y se explica si tienen o no relación con la menopausia. (30)

#### **a) Vasomotores**

Los síntomas vasomotores o sofocos son las manifestaciones más importantes. Se conocen como una sensación subjetiva de calor que usualmente está acompañado de una sudoración y vasodilatación cutánea, seguido de un aceleramiento de la frecuencia cardíaca y disminución de temperatura corporal. Su frecuencia e intensidad son variables, ya que dura desde pocos

segundos hasta varios minutos, además afectan el sueño cuando los sofocos se dan de forma intensa durante la noche. (30)

Los síntomas vasomotores normalmente comienzan en la perimenopausia y con los años desaparecen gradualmente. En los primeros años de la postmenopausia, un 45 hasta 54% de mujeres de países occidentales, indican sentir sofocos de intensidad variable; los síntomas duran entre 6 meses y 5 años. Las mujeres con menopausia quirúrgica presentan síntomas con mayor intensidad debido a la disminución de los estrógenos plasmáticos de forma pronunciada. (30)

Estudios observacionales demuestran la asociación entre los síntomas vasomotores y estrógenos disminuidos. Las alteraciones del sueño que se producen por los sofocos y sudoraciones, genera también fatiga, menor concentración, disminución en la memoria e irritabilidad; mientras tanto la cefalea, insomnio y mareos a pesar de presentarse en mujeres que presentan síntomas vasomotores en forma importante no parece ser explicado por los estrógenos bajos. (30)

#### **b) Vaginales**

Durante la menopausia, los cambios hormonales pueden afectar los órganos que tienen receptores de estrógeno. Durante la menopausia, la actividad de las glándulas vaginales se reduce, la elasticidad de la vulva se pierde y el grosor del epitelio escamoso vaginal se reduce, lo que significa que la lubricación se reduce y algunas mujeres experimentan dispareunia y sequedad vaginal. (30)

Así mismo, estudios demuestran que entre los síntomas vaginales y la disminución de estrógenos existe una asociación causal.



Durante la postmenopausia y a medida que avanza, el síntoma más importante es la atrofia vaginal y los más manifestados son la sequedad vaginal y dispareunia; al mismo tiempo estudios han revelado que hay una menor atrofia vaginal en mujeres sexualmente activas. (30)

### **c) Urinarios**

En tanto que aumenta la edad la incontinencia urinaria se convierte en un problema complejo y abundante, a pesar que el descenso de los estrógenos contribuye a síntomas del sistema urinario e incontinencia urinaria, existen otros factores como prolapso uterino, traumatismos del parto, paridad, y ciertos fármacos que tienen un papel más importante. (30)

La relación entre la disminución de estrógenos y la incontinencia urinaria es controversial ya que determinados estudios demostraron su asociación y otros no. Además, estudios manifiestan que en la postmenopáusica hay un incremento de la incontinencia de urgencia y la incontinencia mixta (urgencia y esfuerzo), con la incontinencia de esfuerzo disminuida. (30)

Algunas mujeres podrían presentar mayor riesgo de infección urinaria debido a cambios fisiológicos tales como alcalinización del pH vaginal, acortamiento de la uretra distal o desaparición del lactobacillus, por el contrario, las infecciones del tracto urinario recurrentes (ITU) y la menopausia no estarían asociadas. (30)

### **d) Mamarios**

La causa de la mastalgia, ya sea premenopáusica o postmenopáusica, es dudoso aun cuando la explicación hormonal es plausible; algunos estudios sugieren que la mastalgia disminuye con la menopausia. (30)

**e) Estado de ánimo**

En diferentes estudios sistemáticos y prospectivos, encontraron que no existe asociación entre la menopausia y los trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad; sin embargo, los factores más determinantes son los factores laborales, familiares y sociales, y los cambios de humor. (30)

**f) Sexualidad**

En términos generales, con la edad, el interés sexual disminuirá, diferentes revisiones han concluido que existe una asociación entre la menopausia y la disminución del interés sexual, la lubricación vaginal y la frecuencia de las relaciones sexuales; sin embargo son múltiples y complejos los factores que explicarían estos eventos, de estos factores los más significativos son los psicosociales, además, nivel educativo, nivel de estrés, experiencia sexual previa, personalidad, composición corporal y características psicológicas, sentimientos al respecto y cambios en la relación entre marido y mujer. (30)

**g) Esfera cognitiva**

Ocurre una disminución progresiva de las funciones cognitivas con el paso de los años el cual cambia ampliamente. Los factores asociados a esta variabilidad aún son poco claros, sin embargo, en comparación a los hombres las mujeres tienden a desarrollar la enfermedad de Alzheimer con mayor frecuencia, asociado a su mayor tiempo de vida, cuya incidencia aumenta a más edad. (30)

Algunos estudios sugieren que la disminución de estrógenos es un factor protector contra la demencia y el deterioro cognitivo, aunque existen resultados inconsistentes. Estudios longitudinales no encontraron un vínculo entre menopausia y menor capacidad

cognitiva (disminución de memoria o menor capacidad de concentración). (30)

#### **h) Músculo-esqueléticos**

La relación entre síntomas musculoesqueléticos y la menopausia presenta resultados inconsistentes en estudios de cohorte. Si bien, son síntomas reportados, la menopausia no sería un factor importante en su aparición, probablemente por la existencia de otros factores (30)

En resumen:

- Los síntomas vasomotores y vaginales se asocian causalmente con menor nivel de estrógenos durante la menopausia.
  - Las perturbaciones del sueño, vómitos y cefaleas se asocian con mayor intensidad de síntomas vasomotores.
  - La relación entre incontinencia urinaria y disminución estrogénica durante la menopausia aún está en debate.
  - La relación entre las infecciones urinarias recurrentes y la disminución estrogénica durante la menopausia es controvertida.
  - La mastalgia se asocia inversamente con la menopausia.
  - Los cambios del estado de ánimo, esfera sexual, esfera cognitiva y dolores articulares, no se asocian causal con la menopausia.
- (30)

### **1.4. Fisiología del Aparato Reproductor Femenino**

#### **a) Ciclo Menstrual**

El ciclo menstrual normalmente dura de  $28 \pm 7$  días, en tanto la hemorragia menstrual tiene una duración de  $4 \pm 2$  días y el volumen promedio es entre 20 y 60 ml. Se considera al primer día de hemorragia vaginal como el primer día del ciclo menstrual. Considerando la función ovárica, el ciclo menstrual se divide en dos fases: la fase preovulatoria o folicular y la fase post ovulatoria o

lútea. En tanto, las etapas relacionadas al endometrio son conocidas como fase proliferativa y fase secretora. En muchas mujeres, la fase lútea tiene una duración de 13 a 14 días y es estable. Por esto la variación en la duración del ciclo normal, frecuentemente son causadas por cambios en el tiempo de la fase folicular. (31)

Entre las mujeres, los intervalos del ciclo menstrual varían, incluso de forma frecuente en una misma mujer durante su edad fértil. Treloar en 1967 investigó a más de 2700 mujeres, encontró que durante los dos años posteriores a la menarquia el intervalo del ciclo menstrual es más irregular y también, en los tres años anteriores a la menopausia. De forma más específica, existe una tendencia de intervalos más cortos al inicio del climaterio, y más adelante los lapsos son más prolongados. Entre los 20 y 40 años de edad, el ciclo menstrual es menos variable. (31)

## **b) Ovarios**

### **- Morfología de los ovarios**

En las mujeres adultas los ovarios tienen forma ovalada, su longitud es de 2 a 5 cm, su ancho es de 1.5 a 3 cm y el espesor es de 0.5 a 1.5 cm. Además, su peso es de 5 a 10 g. durante la edad fértil. Los ovarios están conformados por tres partes: una región cortical externa, la cual contiene el epitelio germinativo y los folículos; una región medular, que consta de tejido conjuntivo, células intersticiales y células contráctiles; y un hilio que contiene los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios que penetran a los ovarios. (31)

Las funciones de estos órganos están interrelacionadas y son dos: la producción de ovocitos y la fabricación de esteroides y péptidos hormonales los cuales crean un ambiente adecuado para la

fertilización e implantación del embrión en el endometrio. Las funciones endocrinas de los ovarios se correlacionan con la morfología y la desaparición de los folículos, y también del cuerpo lúteo. (31)

#### - **Embriología de los ovarios**

Los ovarios tienen tres orígenes celulares principales:

- **Células germinales primordiales**, que surgen del endodermo del saco vitelino y se diferencian formando ovogonias primarias
- **Células del epitelio celómico**, que se desarrollan en células de la granulosa
- **Células mesenquimatosas del borde gonadal**, que se convierten en el estroma ovárico.

Desde la tercera semana de gestación se identifican en el saco vitelino a las células germinativas primordiales. Las cuales, durante la sexta semana, inician su migración hacia el borde gonadal generando los cordones sexuales primarios. Hasta la décima o undécima semana de vida fetal, por medio de criterios histológicos no es posible diferenciar a los ovarios de los testículos. Luego que las células primordiales llegan a las gónadas, su multiplicación se da por medio de una serie de divisiones mitóticas sucesivas. Al comenzar las 12 semanas de gestación, un subgrupo de ovogonias inicia su meiosis para convertirse en ovocitos primarios. Los cuales, están rodeados de una capa simple de células aplanadas de la granulosa, formando un folículo primordial o primario. (31)

#### - **Pérdida de ovocitos por envejecimiento**

Las ovogonias forman ovocitos primarios de lo contrario sufren atresia, además después del nacimiento no es posible producir más ovocitos. Esta situación es muy distinta en el varón, ya que el

esperma se produce durante toda la vida adulta de manera continua. En tanto, las ultimas investigación indican que las células madre ováricas podrían generar ovocitos maduros, sin embargo, actualmente este campo de investigación es muy controversial. (31)

En la semana 20 de gestación se alcanza el máximo número de ovogonias, cuando el ovario contiene entre 6 y 7 millones de ovogonias. Luego, en el nacimiento este número se reduce a uno o dos millones y al inicio de la pubertad llegan a ser menos de 400 000, de los cuales los que están destinados a ovular son menos de 500. Por tal motivo, gran parte de células germinativas femeninas se pierden por atresia. Cabe aclarar, que la atresia folicular no es un proceso pasivo de necrosis, sino todo lo contrario, es un fenómeno activo y regulado por hormonas, conocido como apoptosis. La cual, empieza en el útero y continúa durante toda la edad fértil. (31)

## 2. RESILIENCIA

### 2.1. Definición de Resiliencia

Según Ciencias Humanas, define la resiliencia como "la capacidad de permitir que las personas se transformen y se beneficien de situaciones adversas". Sin embargo, para Suárez Ojeda (1993), resiliencia significa "Una combinación de factores que permiten a niños y seres humanos enfrentar y superar problemas y adversidades en la vida y seguir desarrollándose sobre esta base". (32)

Rutter (1991) señaló que la resiliencia es "un conjunto de procesos psicológicos, sociales e internos que permiten a las personas vivir vidas saludables en entornos insalubres". Además, la resiliencia no es un atributo durante el nacimiento o el crecimiento de los niños, sino un proceso de caracterización de sistemas sociales complejos en un momento específico. (32) Grotberg (1995) afirmó que la resiliencia es la capacidad de una persona para enfrentar la adversidad, superarla e incluso ser transformada por la adversidad. (33)

Fergus y Zimmerman (2005) sostiene que la resiliencia es "el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo", enfrentar victoriosamente eventos traumáticos y evitar experiencias negativas asociadas al riesgo. La resiliencia aparece cuando hay factor de protección y de riesgo, para ayudar a lograr un resultado positivo o evitar uno negativo. Además, la resiliencia se basa más en la fuerza humana que en la debilidad; algunos factores que ayudan a evitar el impacto negativo de los riesgos son sus cualidades o recursos. (34)

Luthar, Cicchetti y Becker (2000) definen la resiliencia como "un proceso dinámico que requiere una adaptación activa en la adversidad". Proceso, adversidad y adaptación son los tres elementos clave de esta definición. En cambio, Hu, Zhang y Wang (2015) dividen el concepto de la resiliencia en 3 orientaciones: la resiliencia rasgo que

involucra a que una persona que afronta la adversidad positivamente, la resiliencia resultado que es producto de los resultados de la conducta de la persona y la resiliencia proceso considera que las personas se adaptan y recuperan en un proceso dinámico con rapidez de las adversidades. (35)

## **2.2. Pilares de la Resiliencia**

Wolin y Wolin mediante la realización de una figura llamada “mándala de la resiliencia” muestran las características de las personas resilientes, dentro de este marco en el centro se encuentra el individuo y de este surge los 7 pilares de la resiliencia. A continuación, se detalla cada una de estas características:

- a) Introspección:** se refiere a observar nuestras emociones, actos y pensamientos, obteniendo así una visión general de lo que somos mejorando así nuestra capacidad de toma de decisiones, así como conocer nuestras aptitudes y limitaciones. Mientras más nos conozcamos, afrontaremos mejor las situaciones difíciles.
- b) Independencia:** es la capacidad de definir límites entre uno mismo y las situaciones adversas.
- c) Capacidad de relacionarse:** se refiere a la habilidad de fijar lazos cercanos y satisfactorios con las personas, utilizando habilidades sociales o empatía.
- d) Iniciativa:** hace referencia a ponerse a prueba en tareas cada vez más exigentes. Esto quiere decir tomar el control y hacerse cargo de los eventos estresantes.
- e) Humor:** es la capacidad de encontrar aspectos divertidos de la situación adversa. El humor ayuda a superar problemas y obstáculos.
- f) Creatividad:** es la capacidad de dar belleza, finalidad y orden a partir del desorden.



**g) Moralidad:** es la conciencia moral, la capacidad de cumplir los valores sociales y de diferenciar lo bueno y lo malo.

(36)

Algunos autores sugieren la laboriosidad (Grotberg) y la autoestima consistente (Melillo y otros, 2004) como otros factores:

**h) Laboriosidad:** indica la idea de jerarquizar el trabajo y tiene en cuenta la importancia de su presencia, esto se concentra en la socialización y escolaridad, ambas son consideradas como áreas de desarrollo.

**i) Autoestima consistente:** se considerada como base y fruto del cuidado afectivo de todos los demás pilares ya mencionados.

(37)

La presencia de estas características o pilares en las personas son esenciales en el proceso de la resiliencia y sirven de apoyo a que la persona enfrente la adversidad para superarla. El que estén bien desarrolladas o presentes dependerá de: la relación con su entorno, los procesos internos y de la capacidad de promover el desarrollo de estas capacidades de cada ser humano. (37)

### **2.3. Cualidades o atributos de la persona resiliente**

#### **a) Autoconocimiento y autoestima**

El autoconocimiento nos permite conocer las principales fortalezas, habilidades, limitaciones y debilidades, así como fijarnos metas más objetivas y realistas, y descubrir en qué podemos mejorar, lo que nos ayudará a potenciar nuestra autoconfianza y autoestima. Una persona resiliente también reconoce la importancia del trabajo en equipo y la capacidad de expresar emociones. A mayor capacidad y actividad cognitiva aumentara la resiliencia.

**b) Empatía**

Esta es la capacidad de comprender y estar del lado de los demás. De igual forma el entender las emociones de una persona, origina que esta también lo haga hacia uno mismo, es decir es el hecho de brindar afecto y recibirlo.

**c) Autonomía**

Es cuando una persona puede influir en lo que sucede a su alrededor y deja de tener miedo de las cosas que ocurrieron debido a la injusticia, lo que mejora la autoestima y resuelve los conflictos.

**d) Afrontamiento positivo ante la adversidad**

Ser optimista ante las incertidumbres, reírse de las adversidades, buscar momentos felices o enfocarse hacia lo positivo de una situación y evitar la queja constante. Las experiencias sean positivas o negativas permite crecer y madurar a lo largo de la vida.

**e) Conciencia de presente y optimismo**

Las personas resilientes están acostumbradas a vivir el momento, disfrutar de los pequeños detalles, no perder la curiosidad por la vida y centrarse en los aspectos positivos que aporta cualquier situación.

**f) Flexibilidad más perseverancia**

Otra característica de una persona resiliente es que cuando hay un objetivo importante, su diferencia es que sigue esforzándose, pero cuando ya no tiene sentido, puede cambiar de dirección abandonando el objetivo original. Así mismo algo que diferencia a una persona resiliente es su valiosa la capacidad de escucha y en ocasiones esto puede contribuir de guía para proyectos o metas.

Es importante aprender a hacer cosas como el autocontrol emocional y la fuerza de voluntad.

**g) Sociabilidad**

Las personas resilientes saben valorar y cultivar redes de apoyo como amigos o personas positivas que servirán de guía en situaciones adversas. Son conscientes que luego de un evento adverso, deben superarlo y valoran como importante el apoyo social, buscando ayuda profesional si así lo requieren.

**h) Tolerancia a la incertidumbre**

El deseo de querer controlar todos los aspectos de la vida son una de las principales fuentes de tensiones porque se suele tolerar mal la incertidumbre. Una manera de vivir con menos tensión emocional y de ganar seguridad en uno mismo es aprendiendo a lidiar con la incertidumbre para que cause menos malestar posible.

(38)

**2.4. Factores que Intervienen en la Resiliencia**

Para que se lleve a cabo la resiliencia, es necesaria la interacción de los factores protectores y de riesgo. Cada uno de ellos se presenta a continuación:

**a) Factores protectores**

El objetivo de los factores de protección es cambiar, alterar o mejorar la influencia de la respuesta de una persona a ciertos peligros que llevan a resultados no adaptativos. Un evento desagradable puede establecer un factor protector, que puede conducir a mecanismos de adaptación, aprendizaje y fortalecimiento de vivir bajo presión. Las características del medio ambiente son:

- **Las intrafamiliares:** Se refiere a una madre, un padre u otros miembros de la familia o una imagen familiar estructurada.
  - **Las extrafamiliares:**
    - Tener un sistema de apoyo comunitario fuera del hogar.
    - Tener relaciones cálidas, cercanas y estables fuera de la familia. Según Cyrulnik, se convertirán en guías o mentores de la resiliencia. Se considera que estas personas ayudan a superar la adversidad y enseñan estrategias para desarrollar habilidades y fortalezas. Además, proporcionan una relación solidaria, afectiva, facilitando la toma de conciencia ante sucesos adversos.
    - Contar con relaciones de apoyo par y de organizaciones de apoyo social.
    - Se ha encontrado que asistir a buenas escuelas de niños les permite desarrollar capacidad de resiliencia, especialmente donde los maestros ejercían de tutores o guías de resiliencia dando un apoyo externo a la familia donde fomentaban el trabajo de cualidades individuales.
- (39)

#### **b) Factores de riesgo**

Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de presentar un evento adverso para la salud. Entre diferentes aportes de autores se destaca en forma global cuatro categorías de los factores de riesgo:

- **Una situación perturbadora:** como conductas adictivas o trastornos psicológicos, larga separación de la figura de apego en los primeros años de vida o muerte de alguno de los padres
- **Factores sociales y ambientales:** tenemos la pobreza, desempleo de los padres o la ausencia de dinero en el hogar.
- **Problemas crónicos de salud** cercano al entorno de la persona.

- **Las catástrofes naturales y sociales:** por ejemplo, en el caso de una guerra. (39)

## 2.5. Instrumentos de Evaluación de Resiliencia

Algunos de los siguientes instrumentos que son para medir la resiliencia son:

- a) El Search Instituto -1989- (Citado por Del Aguila, 2003),** elaboró un cuestionario sobre el perfil de la vida de los estudiantes a través del comportamiento y las actitudes, llenar el cuestionario puede tardar 50 minutos. Propone 156 ítems que evalúan: 8 características principales, que incluyen fortaleza, restricción, apoyo y expectativas, valores positivos, uso constructivo del tiempo, compromiso de aprendizaje, competencia social e identificación positiva; para seguir teniendo éxito, tiene 8 indicadores de éxito en escuela, respeto por la diversidad, ayudar a los demás, liderazgo, mantener la buena salud, superar la adversidad, resistir lesiones y mantener las recompensas; 5 de defectos de desarrollo: estar solo en casa, abuso físico, ser víctima de violencia, sobreexposición a la televisión y fiestas alcohólicas; 24 comportamientos peligrosos, como el uso de comportamiento químico antisocial y comportamiento sexual. (40)
- b) Wagnild & Young (1993), construyeron la Escala de Resiliencia (ER)** que mide el nivel de resiliencia individual, rasgo de la personalidad positiva permitiendo la adaptación de la persona. Fue validado en mujeres adultas con muestra de 810, también se puede utilizar en el género masculino en varias edades.

La escala consta de 25 ítems, que expresan el grado de aprobación o desaprobación, y consta de dos factores: El factor I que incluye 17 ítems se denomina "competitividad personal",

que representa la confianza en uno mismo, la decisión, la originalidad, el poder, la independencia, la invencibilidad y la perseverancia. El Factor II se denomina "aceptación de uno mismo y de la vida", que significa flexibilidad, equilibrio, adaptabilidad y perspectiva de vida estable, incluye 8 ítems. Estos factores tienen en cuenta las siguientes características de la resiliencia: perseverancia, ecuanimidad, satisfacción personal, autoconfianza y sentirse bien solo.

Estos ítems se basan en una escala de 7 puntos, que van desde 1 para "en desacuerdo" a 7 para "de acuerdo", todos los ítems son positivos y los resultados van de 25 a 175, la puntuación más alta se considera muy resiliente. (40)

**c) Baruth & Carroll (2002)** Para estudiar la evaluación de la resiliencia se utilizó el Inventario de Factores de Protección de Baruth (BPF) Ellos explican, el concepto de resiliencia ha sido ampliamente discutido y la lista se desarrolló para determinar si las personas tienen resiliencia. Mencionan cuatro factores protectores: entorno de apoyo, personalidad adaptativa, compensación de experiencias y factores estresantes menores. (40)

**d) Siclair y Wallston (2004) desarrolla The Brief Resilient Coping Scale,** Teóricamente basado en la investigación de Polk, Este ha identificado elementos para medir la resiliencia, como creatividad, optimismo, tenacidad, una perspectiva positiva en la resolución de problemas y un sentido de positividad dedicado a extraer situaciones adversas para identificar la tendencia de las personas a lidiar con el estrés. El estudio de validez y confiabilidad se realizó a partir de dos muestras, una de 91 mujeres y los otros 140 hombres y mujeres

con artritis reumatoide asociada a alto estrés; puede ser utilizada para identificar estrategias de afrontamiento resiliente y aplicada en distintos contactos socioculturales. (40)

### **3. CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS**

#### **3.1. Calidad de Vida**

##### **a) Definiciones de Calidad de Vida**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción de un individuo de su sistema de valores y estado de vida en el contexto cultural en el que habita, relacionado con sus normas, expectativas, metas y preocupaciones. Además, también incluye salud física y mental, creencias personales, grado de independencia, relaciones sociales y relaciones con el medio. Dado que todos estos factores son subjetivos, la calidad de vida de un individuo no debe reflejar las opiniones de los profesionales de la salud o de sus familiares, y mucho menos una medida objetiva de la riqueza material. (13,41)

Esto quiere decir, por ejemplo, que no se debe tomar en cuenta el monto del ingreso económico, pero sí el grado de satisfacción que proporcionan esos ingresos; o también no se debe considerar el número de horas de sueño, sino considerar todos los efectos que sienta el individuo en relación al sueño. Por lo tanto, evaluar la calidad de vida implica una serie de criterios y no solo un aspecto como el dolor, y si es que se presenta, se debe evaluar el impacto de ese dolor en la vida de la persona a nivel físico, psicológico, social o espiritual, en vez de enfocarse exclusivamente en el dolor. También se deberá considerar los aspectos positivos de la vida. (13)

En tanto, Salas y Garzón definen Calidad de Vida como la percepción del individuo o grupo sobre la satisfacción de sus

necesidades para alcanzar la felicidad y realización personal, además refleja la diferencia entre la expectativa de una persona y su experiencia actual. En pocas palabras la definen como un bienestar subjetivo. La calidad de vida tiene diversas significaciones, desde el sentido filosófico la definen como “lo que hace que una vida sea mejor”, otros mencionan que es el bienestar físico, mental y espiritual, o la calidad de relaciones interpersonales y un sentido más restrictivo es “la posesión de cosas materiales”. (42)

Para conceptualizar la Calidad de Vida, es importante tomar en cuenta las necesidades básicas de las personas; existen diversas propuestas de sistematización de necesidades básicas, entre las más importantes está la de Maslow y Max-Neef. Por otra parte, respecto a la literatura sobre calidad de vida, en los últimos años algunos autores concluyen que esta concuerda principalmente en tres cosas: (a) Es subjetiva, (b) Cada persona asigna un puntaje diferente para cada dimensión, (c) Con el tiempo y a través de la vida, puede cambiar el valor asignado a cada dimensión. En este sentido, es fundamental destacar la necesidad que plantean algunos autores para incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida. (42)

#### **b) Dimensiones de la Calidad de Vida**

- **Dimensión Subjetiva:** Se hace referencia al sentirse bien y satisfecho con todo.
- **Dimensión Objetiva:** Está relacionado con la realización de necesidades sociales y culturales, estatus social, riqueza material o salud física. (42)



**c) Esferas y facetas para evaluar la calidad de vida**

- **Esfera Física:** Sentimientos positivos; energía, cansancio; sueño, descanso; dolor, malestar.
- **Esfera Psicológica:** Reflexión, aprendizaje, memoria y trabajo enfocado; autoestima; imagen y apariencia corporal; emociones negativas.
- **Esfera de Grado de Independencia:** Movilidad; actividades en la vida diaria; dependencia de medicamentos o tratamientos; capacidad para trabajar.
- **Esfera de Relaciones Sociales:** Relación personal; apoyo social; actividad sexual.
- **Esfera de la Espiritualidad:** Espiritualidad; Religión; Creencias personales
- **Esfera del Entorno:** Seguridad física; entorno doméstico; recursos económicos; atención sanitaria y social: disponibilidad y calidad; acceso a nueva información y habilidades; actividades recreativas: participación y oportunidades; entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima); transporte.

(13)

**d) Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida**

Las estrategias y técnicas de intervención para mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades son en su mayoría consistentes, pero no exactamente iguales, a las estrategias y técnicas de promoción de la salud. Para mejorar la calidad de vida, se pueden tomar medidas preventivas o el tratamiento de enfermedades. Asimismo, la promoción de la salud y la promoción

de la calidad de vida individual y colectiva incluirá la planificación de la salud y la prevención de enfermedades. (42)

Evans reúne las estrategias para mejorar la calidad de vida en planes orientados a las personas y orientados al medio ambiente. El primero busca desarrollar la autoestima, la autoeficacia y el sentido de control y dominio (resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, autoconfianza, habilidades interpersonales, etc.). En el segundo, busca modificar el ambiente físico o social (limpieza del medio natural, redes de apoyo social, etc.). Al mismo tiempo, Argyle, Evans y otros autores indican algunas actividades para tener mayor felicidad, y por consiguiente la calidad de vida del individuo, estas son: tener pensamientos positivos, aumentar actividades agradables, escuchar música alegre, tener buenas relaciones con los demás, participar en actividades de ocio y lograr un trabajo satisfactorio. (42)

#### **e) Importancia de la medición de Calidad de Vida**

Medir la calidad de vida, implica evaluar la satisfacción y las necesidades de las personas. Además, permite la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y eficacia de estos servicios, incluso permite la formulación de políticas nacionales e internacionales para la población en general o de forma más específica a ciertos grupos. La finalidad está en planificar y adoptar un modelo de apoyo social enfocadas en las personas, y así plantear estrategias que mejoren la calidad de vida y la sociedad, la cual se ha visto afectada por transformaciones sociales, políticas, económicas y tecnológicas. (42)

En lo que respecta a las ciencias de la salud, está claro que los avances en la medicina han prolongado significativamente la vida útil, pero también han provocado un aumento de las enfermedades

crónicas. Esto ha dado lugar a un nuevo término: calidad de vida relacionada con la salud, que se define como un componente de la calidad de vida. (42)

### **3.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)**

#### **a) Definiciones de CVRS**

El término Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha entrado en el campo de la salud para indicar la importancia de la salud del paciente. Algunos autores señalan que la CVRS es una parte integral de la calidad de vida porque se refiere a cosas más específicas, como la experiencia subjetiva de los pacientes sobre su salud en general, mientras que otros describen el uso del término CVRS como intercambiable con calidad de vida debido a que ambas evalúan dimensiones muy parecidas. Sin embargo, a pesar de las diferencias, la mayoría de los autores sugieren que se deben distinguir los dos términos, porque la CVRS intenta evaluar la calidad de los cambios, como los resultados de las intervenciones médicas. (42,43)

Salas y Garzón definieron la calidad de vida relacionada con la salud como una forma en que el paciente exprese las consecuencias de una determinada enfermedad o la aplicación de un determinado tratamiento, especialmente en todos los ámbitos de su vida. y bienestar social. Para Ebrahim, utilizar la CVRS en la práctica es muy difícil debido a las diferentes formas en que una persona se enfrenta o se adapta a la enfermedad. Awad señaló que la CVRS es la percepción del sujeto del resultado de la interacción entre la gravedad de los síntomas, los efectos secundarios de los fármacos y el nivel de desarrollo psicosocial. (42,43)

Fernández, Hernández y Siegrist, refieren que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, por lo menos debe comprender la

percepción de la persona sobre el impacto que le ha ocasionado cierta enfermedad o tratamiento en su bienestar y capacidad de actuación (funcionalismo), analizando como se ven afectadas sus dimensiones básicas: física, emocional y social. Finalmente, Urzúa define la CVRS como el grado de bienestar que se produce cuando una persona valora sus diversos ámbitos de su vida, teniendo en cuenta el impacto de estos en su salud. (43)

#### **b) Dimensiones de la CVRS**

La calidad de vida relacionada con la salud es un término construido debido a varios aspectos de la vida y diversas condiciones de los pacientes, llamadas dimensiones. Es por esto que la CVRS es un concepto multidimensional, además estas dimensiones están más o menos relacionadas entre sí, pero miden diferentes aspectos de la vida y autonomía del paciente. A continuación, se detallan las dimensiones más utilizadas y estudiadas en CVRS: (44)

##### **- Funcionamiento físico**

Esta dimensión, implica aspectos relacionados con el bienestar y salud física, y además la repercusión de los síntomas clínicos en la salud. Cabe aclarar que no se debe confundir la presencia o ausencia de síntomas ocasionados por cierta enfermedad, con la repercusión que dichos síntomas producen en la calidad de vida. El objetivo es evaluar el malestar causado por los síntomas en la vida diaria, incluidos los efectos del habla, la audición, la discapacidad visual, los trastornos del sueño, así como los efectos sobre los movimientos bruscos (movilidad), los movimientos finos (destreza) y la autonomía.

- **Bienestar psicológico**

También conocida como dimensión de salud mental, incluye el impacto de la función cognitiva. Como la capacidad de recordar recuerdos a corto y largo plazo, o la capacidad de pensar con claridad. Además, significa la vitalidad o energía para afrontar los problemas ocasionados por cualquier enfermedad o tratamiento.

- **Estado emocional**

Engloba las evaluaciones de ansiedad y depresión, en otras palabras, son componentes de tipo emocional de la salud mental. Igualmente incluye la evaluación de las inquietudes.

- **Dolor**

Valora el dolor percibido asociado con la presencia de cualquier síntoma o enfermedad, especialmente el dolor que interfiere con la vida diaria. Si bien el dolor se puede considerar como parte de la dimensión "función corporal", lo ideal es tratarlo por separado, ya que existen grandes diferencias en la percepción y tolerancia al dolor entre individuos.

- **Funcionamiento social**

Desarrolla una respuesta saludable en el desempeño habitual de las relaciones sociales, cambios en el desempeño de roles sociales en la vida familiar o laboral, y aislamiento social provocado por discapacidades físicas.

- **Percepción general de la salud**

Implica la evaluación subjetiva general del estado de salud de un individuo y las creencias relacionadas con la salud. Refleja los valores, preferencias, necesidades y actitudes relacionadas con la salud. Esta dimensión es esencial para evaluar las diferencias en las dificultades, el dolor, el esfuerzo y preocupación por la salud de

los individuos. Por lo general, esta dimensión está relacionada con las dimensiones previas.

**- Otras dimensiones**

La CVRS mediante ciertos instrumentos, explora otras áreas particulares como, por ejemplo: Satisfacción con la vida y las actividades de la vida diaria, impacto en la eficiencia laboral y la función sexual. Además, algunos indicadores de CVRS que, frecuentemente, se han empleado son el número de problemas médicos o visitar a un médico por enfermedad o necesidad de medicación.

(44)

Se debe tener cuidado de no confundir las dimensiones de CVRS con las informadas por otros pacientes, tal es el caso de: la expectativas, satisfacción, preferencia, adherencia y cumplimiento del tratamiento médico y consumo de medicamentos. (44)

**c) Importancia de utilizar la CVRS**

Aunque no hay consenso sobre la definición de CVRS, y el término general "calidad de vida" no es muy diferente, toda la información generada a partir de la investigación de CVRS es muy importante para el establecimiento de objetivos, directrices y formulación de políticas. Es importante describir el impacto de la enfermedad en la vida del paciente, pero también porque permite evaluar la efectividad del tratamiento. Su uso es beneficioso para la práctica diaria y la investigación sobre eficacia, efectividad y riesgo o como indicador de la calidad asistencial. (43)

Ebrahim señaló que la CVRS tiene varios propósitos como: monitorear la salud de la población y evaluar los efectos de las políticas sociales y de salud; en segundo lugar, enfocar los

recursos en las necesidades, diagnóstico, gravedad y pronóstico de la enfermedad; finalmente, una más objetiva: evaluar el efecto del tratamiento. Otros autores sugieren que la CVRS debe usarse como un indicador de resultado del tipo de investigación clínica; finalmente, la ventaja de usar indicadores que se enfocan en la calidad de vida a nivel individual es que se enfoca en la respuesta de cada persona a la enfermedad y al tratamiento. (43)

Ruiz y Pairdo explican la importancia de la calidad de vida en los estudios e investigación clínica, mencionan que una motivación de Cualquier intervención terapéutica debe tener como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, ya que No solo es importante para prolongar la vida de las personas, sino también para ir acompañadas de buenas condiciones de vida. Por tal motivo adquiere gran importancia el efecto de las intervenciones sanitarias sobre calidad de vida. Algunos beneficios de la investigación sobre la calidad de vida, desde un punto de vista asistencial y clínico, son:

- Medir el impacto de las intervenciones de salud en la calidad de vida o el bienestar general del paciente.
- Detectar cambios en la salud del paciente relacionados con la mortalidad, la hospitalización o el consumo de recursos sanitarios, lo que convierte la medición de la CVRS en una herramienta para predecir la evolución del estado de salud o enfermedad.
- Corregir los resultados o efectos de una intervención sanitaria de acuerdo al grado de preferencia del paciente.
- Promover la comunicación médico-paciente.
- Obtener indicadores del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. (44)

#### **d) Clasificación de los instrumentos que miden la CVRS**

Existen diversas opiniones para categorizar instrumentos o herramientas de medida de CVRS, pero el más aceptado es el propuesto por Guyatt y Cols. Ellos refieren que los cuestionarios para medir la CVRS se dividen en generales y específicas. El primero incluye la mayoría de las dimensiones ya mencionadas, y su objetivo es medir la calidad de vida global de la población (perfil de salud o cuestionarios tradicionales de calidad de vida, etc.). En tanto, el cuestionario específico evalúa la calidad de vida relacionada con enfermedades o afecciones específicas (diabetes, obesidad, sida, hiperplasia prostática benigna, indigestión, etc.) o poblaciones específicas (niños, adolescentes, ancianos, consumidores de drogas, etc.). (44)

##### **- Perfiles de salud**

Son instrumentos universales para medir la CVRS asociada a cualquier tipo de patología o paciente. Incluyen varias dimensiones y también se pueden aplicar a individuos sanos y enfermos (independientemente de su patología). Permiten comparar el estado de salud de diferentes personas o enfermedades, y por contener diferentes dimensiones, pueden evaluar diferentes condiciones de salud y determinar las áreas de la calidad de vida que tienen el mayor impacto en un individuo en particular. (44)

La desventaja de este tipo de instrumento es su baja sensibilidad para detectar pequeños cambios en el estado de salud de una determinada enfermedad, por lo que no puede conocer el impacto de las intervenciones sanitarias relacionadas con una determinada enfermedad en la CVRS. Varios de los perfiles de salud que se emplean con mayor frecuencia son SF-36, SF-12, EQ-5D y NHP. Todos los mencionados son multidimensionales y brindan puntajes



generales y dimensionales, lo cual es muy beneficioso al comparar diferentes poblaciones o enfermedades. (44)

#### - **Instrumentos específicos**

Son herramientas para el estudio de la CVRS relacionada con enfermedades o procesos específicos. Es por esto que solo son útiles para una patología específica y solo nos permiten comparar la población con esa patología. Sin embargo, tienen una alta sensibilidad porque permiten distinguir grupos de pacientes con dolencias similares pero diferentes condiciones de salud, y también permiten medir el impacto de las intervenciones terapéuticas en patologías específicas en la CVRS. (44)

Algunos instrumentos específicos de uso frecuente y adaptados al castellano son el WOMAC (artrosis), el MOS-HIV(VIH), IPSS (hiperplasia prostática benigna), el Saint George Respiratory Questionnaire (enfermedades respiratorias) y el DRHS (dispepsia). Cabe señalar que estos cuestionarios específicos de CVRS no son herramientas de diagnóstico, aunque incluyen una lista de síntomas, no se centran en la gravedad o frecuencia de los síntomas, sino en cómo afectan la salud de las personas. Estos pueden ser unidimensionales o multidimensionales. El primero explora una dimensión única de la CVRS, como WOMAC (Evaluación de la función corporal) para la osteoartritis. Por otro lado, un ejemplo de una herramienta multidimensional es el Cuestionario de Diabetes Quality of Life. (44)

#### **e) Variables que afectan la CVRS**

Existen varias variables que afectan la percepción de los sujetos sobre su calidad de vida. Son: género (por diferente tolerancia al dolor), edad (por deterioro corporal y pérdida de autonomía y movilidad), estado civil (por su relación con aspectos emocionales

y apoyo social), nivel socioeconómico (debido a la capacidad de acceder a salud), educación (debido a diferencias en las escalas de evaluación social), hábitats rurales o urbanos (debido al impacto ambiental del estrés), ruido y contaminación, estado de ánimo trastornos (principalmente depresión) y trastornos cognitivos (evaluación de la realidad). Además, la experiencia previa con esta enfermedad significa que los sujetos tienen una visión más realista de su estado de salud actual. (44)

### **3.3. Calidad de vida en la menopausia**

#### **a) Implicancias**

La menopausia constituye la fase fisiológica del cambio a una nueva condición biológica, porque significa la pérdida de la capacidad reproductiva. Cabe señalar que esta es una situación normal, 8 de cada 10 mujeres tienen al menos un síntoma físico o emocional, y el 45% de ellas cree que estos síntomas tendrán un impacto negativo en su calidad de vida. Los malestares pueden ser vasomotor, psicológico o biológico, por lo que la menopausia no puede ser considerada como deterioro o peor, como una enfermedad, sino por el contrario, es un tiempo de cambio, adaptación y reflexión sobre el área fisiológica, laboral, cultural y social. Por tanto, para resolver la calidad de vida de estas mujeres, se deben considerar subjetivamente los puntos de vista orgánicos, psicológicos y sociológicos. (3)

#### **b) Instrumentos para medir calidad de vida en la menopausia**

La evaluación de la calidad de vida debe prestar especial atención a la percepción que el paciente tiene de su salud, ya que es un participante activo en el proceso. La evaluación de los efectos que la menopausia tiene sobre la salud de la mujer se ha realizado gracias a diferentes escalas clínicas, las cuales ayudan a brindar valores cuantitativos para evaluar los síntomas de la menopausia y

los efectos de las intervenciones preventivas y terapéuticas; además ayudan a comparar diversas situaciones geográficas y con el tiempo dar seguimiento. Existe una variedad de herramientas diseñadas para evaluar la calidad de vida durante el climaterio y la menopausia. Estas herramientas deben considerar los fenómenos de la mujer en las esferas física, psicológica, sexual, social y familiar. (3,14,27)

A continuación, se detallan los instrumentos más importantes de calidad de vida relacionadas con la salud durante el climaterio y la menopausia:

- **El Índice de Blatt-Kupperman**, valora el efecto de la terapia hormonal sobre los síntomas del climaterio. A cada síntoma se le asigna una constante, multiplicada por el valor dado al grado del síntoma, que se evalúa como: grave (> 35), moderado (20-35) y leve (<20). Sin embargo, esta escala no refleja cómo las mujeres perciben sus síntomas o responden al tratamiento. (14)
- **El Women Health Questionnaire (WHQ)**, el cuestionario desarrollado en el Reino Unido en 1992 incluye 36 ítems y se divide en 9 subescalas: síntomas físicos (7 ítems), depresión (7 ítems), memoria / atención (3 ítems), ansiedad / miedo (4 ítems), conducta sexual (3 ítems), síntomas vasomotores (2 ítems), trastornos del sueño (3 ítems), trastornos menstruales (4 ítems), atractivo (2 ítems). La intensidad de los síntomas, según la severidad tiene valor del 1 a 4 por lo tanto, a mayor puntaje, mayor es la disfunción. Mayormente empleado en el campo de la menopausia, y para evaluar los efectos de cierto tratamiento. (14)

- **La Menopause Quality of Life (MENQOL)**, una herramienta para evaluar la calidad de vida durante el climaterio desde la perspectiva de la mujer. El cuestionario identificó 29 síntomas, divididos en cuatro áreas: vasomotora, psicosocial, física y sexual. Se explora la intensidad de los síntomas de 0 a 6, donde una puntuación más alta significa que le molesta mucho. El puntaje se por cada área en particular y no existe un puntaje global. (14)
  
- **La Menopause Rating Scale (MRS)**, escala de autoevaluación de los síntomas menopáusicos, este cuestionario está integrado por 11 ítems (síntomas), dividido en tres dimensiones: somático, urogenital y psicológico. Para cada síntoma, las mujeres deben elegir entre cinco niveles de gravedad: asintomático (0 puntos), leve (1 punto), moderado (2 puntos), severo (3 puntos) y fuerte (4 puntos); obtener una puntuación que oscila entre 0 (sin síntomas) a 44 (nivel máximo en los síntomas de la menopausia). Actualmente, la escala está disponible en 25 idiomas y ha sido verificada en diversos países. (14,27)
  
- **La Utian Quality of Life Score (UQOL)**, el cuestionario de calidad de vida para mujeres peri menopáusicas se basa fuertemente en la percepción confort. El instrumento contiene 23 ítems, divididos en 4 campos (ocupación, salud, emoción y sexo), y verificados en diferentes áreas geográficas. Los creadores de UQOL estudiaron a 597 mujeres (edad promedio 52,9 años) de 11 comunidades norteamericanas. (14)
  
- **La Escala climatérica de Greene**, esta escala es uno de los avances más considerables en la valoración del climaterio. Elaborada según el método de análisis factorial, este método

permite establecer un coeficiente de correlación entre síntomas y áreas, de manera que, según la magnitud del coeficiente, se pueda medir la fuerza de la correlación entre los dos. Contiene 21 síntomas climatéricos agrupados en 4 dominios independientes: vasomotor, somático, psicológico y sexual; cada síntoma contiene 3 puntuaciones donde la paciente indica su percepción de acuerdo al grado de molestia donde: 0 sin problemas; 1 molestia leve; 2 molestia frecuente; y 3 muchos problemas. (14)

- **La Escala Cervantes**, desarrollada y validada en España la cual valora la calidad de vida y evalúa la intervención terapéutica. Contiene 31 ítems, divididos en 4 dimensiones: menopausia y salud, sexual, campos psicológicos y relación marido-mujer. Además, las dimensiones de la menopausia y la salud incluyen los síntomas vasomotores, la salud y las subdimensiones del envejecimiento. A diferencia de otros instrumentos, este instrumento puede ser utilizado para mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas y posmenopáusicas; incluso si la escala está desarrollada y validada en una muestra representativa de la población general de un país, es el primero instrumento en permitir su uso generalizado para mujeres de edad avanzada 45 a 64. (3,14)

### **c) Utilidad clínica de una escala de medición de calidad de vida durante el climaterio**

Medir la calidad de vida de las mujeres ayuda a comprender los problemas por los que atraviesa, desde un punto de vista biopsicosocial, esto conlleva a un adecuado manejo de síntomas. La utilidad clínica de emplear una escala de medida, es que permite conocer y valorar la calidad de vida de mujeres en su climaterio, en específico, en la transición menopáusica, ya que brinda información

en un tiempo, población y geografía determinada. En otras palabras, ayuda a: lograr la mejora en el diagnóstico clínico; individualización, priorización y monitoreo del tratamiento; mejorar la relación médico-paciente. Actualmente dichos instrumentos de calidad de vida se han convertido en una condición necesaria para mejorar y mantener de la mejor manera la calidad de vida de los pacientes. (14)

**d) Factores que influyen en la calidad de vida durante el climaterio**

La menopausia es un fenómeno biopsicosociocultural, porque los factores, psicológicos, biológicos y socioculturales interactúan con la manifestación del climaterio, lo que concreta su efecto en la calidad de vida de la mujer. Los factores que destacan son la edad y el nivel sociocultural, las cuales fueron consideradas como factores de riesgo no dependientes que agravan la sintomatología climatérica. Otro factor es la etnia, debido que puede perjudicar a la prevalencia de los síntomas climatéricos en diferentes poblaciones (en una investigación sobre calidad de vida durante el climaterio, la mujer colombiana de raza negra tenía más deterioro que la hispánica). (14)

Según los estratos socioeconómicos, la severidad de los síntomas climatéricos es muy diferente, donde una mujer sin profesión se verá más afectada que una profesional. Asimismo, el impacto que tiene el climaterio en la calidad de vida se atribuye a la sintomatología asociada (síntomas vasomotores, urogenitales y psicósomáticas), finalmente influyen otros factores tales como aspectos genéticos y el mismo envejecimiento. (14)

## 4. TEORÍA QUE FUNDAMENTA LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. Teoría General de Dorothea Orem

La teoría general de enfermería desarrollada en 1958 muestra una imagen completa de la enfermería y la presentó a través de tres teorías: a) Se teoría de los sistemas en enfermería es la que unifica; b) La teoría del déficit del autocuidado explica el porqué, de cómo se puede beneficiar una persona de la enfermería c) La teoría del autocuidado es la base de los demás, porque expresa los objetivos, métodos y resultados de cuidarse a uno mismo. (45)

#### a) Teoría del Autocuidado (TAC)

Orem explica el autocuidado como "el comportamiento que un individuo aprende de sí mismo y del entorno para ajustar los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, la salud y el bienestar". Generalmente, los seres humanos desarrollan sus habilidades intelectuales y prácticas a lo largo de su vida para satisfacer sus necesidades de salud. Cuando no pueden hacerlo, buscarán ayuda de familiares o expertos en salud. Orem recalca que, practicar el autocuidado requiere de acciones voluntarias e intencionadas, además de conocimientos y habilidades. Ella se basa en que los individuos saben cuándo necesitan ayuda, por tal motivo son conscientes de las acciones que deben realizar. (46)

El autocuidado no es innato, sino un comportamiento aprendido y vivido en el proceso de desarrollo y crecimiento humano; al principio se expresaba a través de la relación interpersonal con los padres, porque eran modelos a seguir para los niños, y luego este comportamiento es a través de amigos, familiares y, en definitiva, a través del entorno que les rodea. La teoría aclara tres conceptos básicos, a saber:

- **El agente de autocuidado.** Son las personas que quieren descubrir y satisfacer sus necesidades de autocuidado.

- **El agente de autocuidado al dependiente.** Es un individuo del ámbito exterior, que decide cuidar a otra persona que es importante para él.
  - **El agente de autocuidado terapéutico.** Los profesionales de enfermería brindan la atención adecuada.
- (46)

Todas las actividades de cuidado personal están influenciadas por las siguientes prácticas, costumbres y creencias culturales familiares y comunitarias. Además, algunos factores que afectan la capacidad y las acciones de autocuidado son la edad, el género, la educación, el sistema familiar, los factores socioculturales, la disponibilidad de recursos y el estado de salud. Por otra parte, Orem vincula las actividades de autocuidado y los requisitos de autocuidado. Su propósito es promover las condiciones de vida necesarias en las diferentes etapas del desarrollo humano y prevenir la aparición de condiciones adversas o reducir sus efectos: niñez, adolescencia, edad adulta y vejez. (46)

Los requisitos de autocuidado se clasifican como desviaciones universales, de desarrollo y de salud:

- **Universales**

Son comportamientos humanos dentro del rango normal para las personas: hombres, mujeres y niños, implican todas las actividades que deben realizarse para lograr el autocuidado, manteniendo la integridad de estructura y función en las diferentes etapas del ciclo de vida.

- Mantener la respiración, el agua y la comida.
- Mantener un equilibrio entre el descanso y la actividad, la soledad y la interacción social.
- Proporción de cuidados relacionados con la eliminación.



- Prevención de peligros.
- Promover la función y el desarrollo humano según el potencial, las limitaciones y la normalidad.

(46)

#### - **De desarrollo**

Son condiciones más particulares y específicas que pueden asegurar el natural crecimiento y desarrollo de la persona desde la concepción hasta la vejez, además, estas condiciones también les ayudan a afrontar situaciones adversas. Orem ha identificado tres grupos: el primer grupo se refiere al establecimiento de condiciones que promueven el desarrollo, el segundo grupo es para establecer requisitos relacionados con el crecimiento personal y el tercer grupo es para prevenir condiciones humanas y condiciones de vida que afecten adversamente el desarrollo humano.

- Apoyar y promover procesos importantes que incluyen: embarazo, parto, recién nacido, lactancia, niñez, adolescencia y edad adulta.
- Brindar cuidados de enfermería por privación de educación, inadaptación social, pérdida de familiares y amigos, propiedad y seguridad, cambios ambientales, problemas de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedades terminales, etc.

(46)

#### - **Desviaciones de la Salud.**

Son requisitos derivados de desviaciones de salud, especialmente para personas lesionadas o enfermas, incluidos defectos y discapacidad.

- Tratamiento médico seguro cuando se expone a patología.
- Presta atención a los resultados del estado patológico.

- Usar terapia con medicamentos para prevenir o tratar la patología.
- Preste atención a los efectos molestos de los medicamentos.
- Modificar la imagen de sí mismo para recibir atención según sea necesario.
- Aprender a convivir con la enfermedad.

(46)

Es así que, las condiciones de autocuidado requieren que se tomen medidas higiénicas en un momento o período de tiempo específico, llamados requisitos de autocuidado terapéutico. Leddy y Pepper (1990) refieren que las condiciones de autocuidado global y del desarrollo conducen a la promoción de la salud y la prevención de específicas enfermedades, que se han convertido en requisitos para el autocuidado preventivo primario. Al mismo tiempo, el requisito de autocuidado relacionado con la desviación de la salud es el comportamiento de prevenir algunas complicaciones o impedir la incapacidad luego de la enfermedad, lo que se denomina requisito de autocuidado de prevención secundaria. Finalmente, las necesidades de autocuidado relacionadas con la prevención terciaria están relacionadas con una función eficaz y satisfactoria.

(46)

#### **b) Teoría del Déficit de autocuidado (TDAC)**

Orem tiene en cuenta la teoría del déficit de autocuidado como el núcleo del modelo y propone la relación entre la capacidad del individuo para producir autocuidado y la necesidad de cuidados terapéuticos. Cuando la capacidad de una persona no es suficiente para satisfacer las necesidades, el autocuidado será insuficiente. Cuando la necesidad de autocuidado del paciente excede su capacidad de satisfacer, se debe realizar una intervención de

enfermería. En este caso, es necesario brindar el cuidado enfermero. (46)

**c) Teoría de los sistemas de enfermería (TSE)**

Así nació la teoría de los sistemas de enfermería. Consiste en una serie de acciones voluntarias e intencionales que realizan las enfermeras para ayudar a los pacientes a asumir una actitud responsable en su autocuidado. Por lo tanto, cuando los pacientes no puedan proveerse de la calidad y cantidad de autocuidado requeridas para lograr un buen funcionamiento y buen desarrollo ante problemas de salud, se realizarán intervenciones de enfermería. (46)

El cuidado enfermero está orientado por el sistema de enfermería y de acuerdo con las habilidades y deseos de las personas, son:

**- Totalmente Compensatorio**

Cuando las enfermeras proporcionan de forma total el cuidado terapéutico a la persona:

- Realizan el autocuidado.
- Regulan el ejercicio y desarrollos de la acción de autocuidado.
- Hacen por el otro

**- Parcialmente Compensatorio**

Cuando la enfermera y paciente realizan el cuidado de forma conjunta:

- Implementar algunas medidas de autocuidado para los pacientes.
- Compensan a los pacientes por las limitaciones del autocuidado.
- Apoyan al paciente en lo que se requiera.
- Hacer con el otro

### **- Educativo de Apoyo**

Cuando las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir mejores conocimientos y habilidades de autocuidado.

- Tratan a los pacientes con cuidados terapéuticos.
- Compensan la capacidad de autocuidado del paciente.
- Ayudan y cuidan al paciente.
- Dejan hacer al otro.

(46)

## **4.2. Metaparadigmas desarrollados**

### **a) Persona**

Es un ser dinámico e integral, con funciones biológicas, simbólicas y sociales, capaces de utilizar el pensamiento o el lenguaje para pensar y reflexionar sobre sus condiciones de salud, y guiarlas en la lucha por el autocuidado y las acciones dependientes de la salud.

### **b) Entorno**

Representa el conjunto de los factores externos que repercuten en la decisión de la persona para practicar el autocuidado. Se considera a la cultura como el contexto donde se aprende el comportamiento de autocuidado.

### **c) Salud**

La salud es el estado total e integro de los componentes del sistema biológico, simbólico y social humano. Está relacionado con el sentido de confort de una persona por su situación de vida, y se caracteriza por la satisfacción, la experiencia espiritual, la continua personalización y una realización ideal del ser.

### **d) Enfermería**

La enfermería se describe como servicios humanos, procesos y técnicas de comunicación interpersonal (métodos o técnicas formales) que se brindan cuando los humanos no pueden cuidarse a sí mismos o mantener su salud, vida y bienestar. El propósito de

estas acciones es fortalecer el autocuidado o la capacidad de realizar el autocuidado terapéutico.

(46)

## **C. HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS GENERAL:**

La capacidad de resiliencia está relacionada con la calidad de vida en mujeres menopáusicas de 45 a 55 años del área de influencia del C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena - Arequipa, 2020

### **HIPÓTESIS NULA:**

La capacidad de resiliencia no está relacionada con la calidad de vida en mujeres menopáusicas de 45 a 55 años del área de influencia del C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena - Arequipa, 2020

## **D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

### **1. Calidad de Vida**

#### **a) Dimensión Somática**

Es la percepción del estado físico o de salud, comprendida como la ausencia de enfermedad, en consecuencia, los síntomas de enfermedad e impactos adversos del tratamiento; se medirá mediante una escala ordinal.

#### **b) Dimensión Psicológica**

Es la percepción que tiene el individuo de su estado cognitivo y emocional, como el miedo, la ansiedad, el aislamiento, la falta de autoestima y la incertidumbre sobre el futuro. Además, incluye creencias personales, espirituales y religiosas, como el sentido de la vida y las actitudes hacia el sufrimiento; se medirá mediante una escala ordinal.

#### **c) Dimensión Urogenital**

La dimensión urogenital define la existencia y gravedad de problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad vaginal; se medirá utilizando una escala ordinal.

(Ver Anexo N°3)

### **2. Capacidad de Resiliencia**

**a) Ecuanimidad:** Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y la experiencia, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad; será medida mediante la escala ordinal.

- b) Perseverancia:** Es la Persistencia en la adversidad, o en el desaliento, tiene un fuerte deseo de logro, autodisciplina; será medida mediante la escala ordinal.
  
- c) Confianza en sí mismo:** Esta es una especie de capacidad para creer en uno mismo y de lo que somos capaces; se medirá utilizando una escala ordinal.
  
- d) Satisfacción personal:** Es entender el significado de la vida y cómo contribuye a la vida; se medirá utilizando una escala ordinal.
  
- e) Sentirse bien solo:** Este es el significado de la libertad. Somos únicos e importantes; usaremos una escala ordinal para medir.

(Ver Anexo N°4.)

### **CAPÍTULO III**

## **MARCO METODOLÓGICO**

#### **A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio cuantitativo es de tipo descriptivo, porque las variables de calidad de vida menopáusica y resiliencia son sistemáticamente descritas, analizadas y explicadas, tal como se presentan; diseño correlacional, porque intenta determinar el grado de relación entre las variables de calidad de vida y resiliencia; y finalmente es transversal porque las variables se estudian en tiempo determinado. (47)

#### **B. PROCEDIMIENTO**

1. Obtención del consentimiento informado de las unidades de observación que habitan en la Urb. Simón Bolívar (Jurisdicción de C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena), distrito de J.L.B. y R., Arequipa. (Ver Anexo N°1)



2. Ejecución de la prueba piloto al 10% del tamaño de toda la población a mujeres menopaúsicas que habitan en la Urb. Ricardo Palma del distrito de José Luis Bustamante y Rivero.
3. Aplicación del instrumento establecido.
  - a) Se aplicó el instrumento denominado Menopause Rating Scale (MRS) (Anexo N°3) y la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (Anexo N°4).
  - b) Mediante una entrevista personal, llevada a cabo en el domicilio de las unidades de observación, en la en la Urb. Simón Bolívar.
  - c) Las investigadoras aplicaron los instrumentos los días lunes, miércoles y viernes, en el horario de 2pm a 5pm.
4. Elaboración del informe final.

### **C. DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO**

En el distrito José Luis Bustamante y Rivero de Arequipa, el Ministerio de Salud (MINSA) cuenta con el Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena localizado en Avenida Caracas 807 Urb. Simón Bolívar. Este C.S. pertenece al nivel de atención I-3 y brinda atención ambulatoria para la multitud. Consta de los siguientes servicios: emergencia, medicina interna, pediatría, CRED, servicios obstétricos, servicios dentales, atención de enfermería, servicios sociales, servicios de nutrición, servicios psicológicos, servicios de farmacia, pruebas de laboratorio y salud ambiental.

En la zona se ubica la I.E. 40175 Gran Libertador Simón Bolívar, así como la Institución Educativa Particular Divino Maestro del Saber, también se encuentra el Complejo Deportivo de Simón Bolívar, la Comisaria Simón Bolívar, el Centro de Salud Mental y Adicciones Víctor Raúl Hinojosa, Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar,

además del Estadio Simón Bolívar, el de Mercado de Simón Bolívar y la Parroquia San Miguel de Simón Bolívar.

## D. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 1. Población de estudio

La población estudiada estuvo constituida por 83 mujeres menopáusicas de 45 a 55 años de edad que pertenecen al área de influencia del C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena, del distrito de José Luis Bustamante y Rivero de Arequipa,

### 2. Cálculo del tamaño de la muestra

Se calculó de forma probabilística considerando, N=83 es el total de mujeres según lo siguiente:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{(N - 1)E^2 + (Z_{\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Tamaño de la Muestra

N = Total de la población (83)

$Z_{\alpha/2}$  = Nivel de confianza 80% = 1,28

p = Proporción esperada del evento 50% = 0,50

q = 1 - p = 1 - 0.5 = 0.5

E = Error de estimación 5% = 0,05

$$n = \frac{(1,28)^2 \cdot 83 \cdot 0,50 \cdot 0,5}{(83 - 1)0,05^2 + (1,28)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,5}$$
$$n = \frac{33,9968}{0,205 + 0,4096}$$

$$n = \frac{33,9968}{0,6146}$$

$$n = 55,3153$$

$$n = 55$$

### **3. Muestreo**

El muestreo fue probabilístico al azar simple; se completó el tamaño de la muestra calculada; en este caso mujeres menopáusicas de 45 años a 55 años.

### **4. Características de la muestra**

#### **a) Criterios de inclusión**

- Mujeres menopáusicas
- De entre 45 y 55 años de edad
- Mujeres que su lugar de vivienda pertenezca a la Urb. Simón Bolívar, área de influencia del C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado

#### **b) Criterios de exclusión**

- Mujeres con edad menor a 45 años y mayor da 55 años
- Que se encuentren con tratamiento hormonal
- Mujeres que tengan algún tipo de limitación de Lenguaje, Aprendizaje o Conducta
- Mujeres que no acepten implicarse en el estudio de investigación

## **E. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **1. Método**

Encuesta para el desarrollo de esta investigación.

### **2. Técnica**

Entrevista de forma individual.

### **3. Instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos de la presente investigación se utilizó:

- a) Ficha individual para caracterizar al estudio, se consignó datos generales: edad, lugar de nacimiento, estado civil, grado de instrucción, ocupación y tipo de seguro. (Ver Anexo N°2)
- b) Para evaluar la variable calidad de vida durante la menopausia se utilizó la escala llamada Menopause Rating Scale (MRS) desarrollado por el Centro de Berlín para Epidemiología e Investigación en Salud, validado en Perú por Peña Guerra en el 2016. (Ver Anexo N°3)
- c) Para examinar la variable capacidad de resiliencia se usó la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young”, en el 1993, adaptada y traducida del inglés y examinada psicométricamente por Novella (2002) en Perú. (Ver Anexo N°4)

#### **Consideraciones Éticas**

Por tratarse de una situación muy relacionada con la intimidad de las mujeres, los instrumentos aplicados, en ninguna medida, atentan contra los derechos ni de la mujer, ni de su dignidad. Además de pedir el consentimiento informado, se mantuvo el completo anonimato y confidencialidad, lo que demuestra el absoluto respeto por las personas.

## **CAPÍTULO IV RESULTADOS**

### **A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Este capítulo divulga los resultados de la encuesta. Los datos se presentan en forma de cuadros y tablas. Estos cuadros y tablas se elaboraron de acuerdo con el propósito de la investigación. Están organizadas de la siguiente manera:

- Caracterización de la población de estudio: Tabla N°1 y N°2.
- Población de estudio por dimensiones de la calidad de vida: Tabla N°3
- Población de estudio por dimensiones de la capacidad de resiliencia: Tabla N°4
- Población de estudio por cada dimensión de la calidad de vida según capacidad de resiliencia: Cuadro N°1 a la N°3
- Comprobación de la Hipótesis: Cuadro N°4

**TABLA N°1**  
**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**  
**C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2020**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	N°	%
<b>EDAD</b>		
De 45 a 47 años	24	43.6
De 48 a 50 años	12	21.8
De 51 a 53 años	7	12.7
De 54 a 55 años	12	21.8
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>		
Arequipa	45	81.8
Puno	4	7.3
Otros	6	10.9
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	17	30.9
Casada	22	40.0
Conviviente	12	21.8
Viuda	3	5.5
Divorciada	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Propia

Al caracterizar a la población de estudio que fueron 55 mujeres menopáusicas del área de influencia del C. S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena, se encontró que en relación a la edad casi la mitad tenían edades que variaban entre los 45 y 47 años, esto denota que la edad está en el margen de lo esperado: sin embargo, existen 12 casos que tenían edades entre los 54 y 55 años por lo que se considera que este periodo es tardío y/o lo afrontan por mucho tiempo. En cuanto al lugar de nacimiento solo 10 casos no eran Arequipeñas. En cuanto al estado civil, el 40% son casadas y el 17% son solteras.

**TABLA N°2**  
**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**  
**C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2020**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	N°	%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria	4	7.3
Secundaria	35	63.6
Técnica	5	9.1
Superior	11	20.0
<b>OCUPACIÓN</b>		
Ama de casa	29	52.7
Independiente	22	40.0
Dependiente	4	7.3
<b>TIPO DE SEGURO</b>		
EsSalud	16	29.1
SIS	38	69.1
Privado	1	1.8
Total	55	100.0

Fuente: Propia

En relación, a otros aspectos de la caracterización sobre el grado de instrucción el 63.6% de la población tenían secundaria completa y solo 4 casos cuentan con nivel primario, esto indica que la población en su mayor parte tiene una buena capacidad para recibir conocimientos o manejar la menopausia. En cuanto a la ocupación más de la mitad (52.7%) son amas de casa mientras que el resto tienen trabajo ya sea independiente o dependiente, por consiguiente, se infiere que más de la mitad pasan más tiempo en casa esto implica que son varias las familias que pueden verse afectadas por la calidad de vida de las mujeres durante la menopausia, y también por su capacidad de resiliencia.

En relación al tipo de aseguramiento el 69.1% posee el Seguro Integral de Salud (SIS), esto implica que en caso que los síntomas de la menopausia sean más frecuentes afectando en gran medida su calidad de vida todas podrían acudir a un especialista.

**TABLA N°3**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA**  
**C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2020**

<b>CALIDAD VIDA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Somática</b>		
Sin pérdida	2	3.6
Leve	21	38.2
Moderada	18	32.7
Severa	12	21.8
Intolerable	2	3.6
<b>Psicológica</b>		
Sin pérdida	1	1.8
Leve	16	29.1
Moderada	19	34.5
Severa	15	27.3
Intolerable	4	7.3
<b>Urogenital</b>		
Sin pérdida	7	12.7
Leve	28	50.9
Moderada	18	32.7
Severa	1	1.8
Intolerable	1	1.8
<b>Global</b>		
Sin pérdida	0	0.0
Leve	18	32.7
Moderada	25	45.5
Severa	12	21.8
Intolerable	0	0.0
Total	55	100.0

Fuente: Propia

Según las dimensiones establecidas por la Menopause Rating Scale (MRS) desarrollado por el Centro de Berlín para Epidemiología e Investigación en Salud, se tiene que en relación con lo somático la calidad de vida sostiene que el promedio de afectación es leve con 38.2%, mientras que la esfera psicológica se ve afectada de manera moderada en 19 casos con un 34.5%; la dimensión urogenital también fue afectada de forma leve con 50.9% siendo más de la mitad de la población; y en términos de globalidad se encontró un nivel moderado que corresponde a 25 casos equivalente a 45.5%. Se infiere que en términos generales la calidad de vida de la mujer menopáusica estudiada se ha visto afectada en niveles que van desde leve hasta severo.



**TABLA N°4**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR DIMENSIONES DE LA CAPACIDAD**  
**DE RESILIENCIA**

**C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2020**

<b>CAPACIDAD RESILIENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Ecuanimidad</b>		
Resiliencia alta	4	7.3
Resiliencia moderada	28	50.9
Resiliencia baja	23	41.8
<b>Perseverancia</b>		
Resiliencia alta	9	16.4
Resiliencia moderada	27	49.1
Resiliencia baja	19	34.5
<b>Confianza en sí mismo</b>		
Resiliencia alta	12	21.8
Resiliencia moderada	32	58.2
Resiliencia baja	11	20.0
<b>Satisfacción Personal</b>		
Resiliencia alta	7	12.7
Resiliencia moderada	29	52.7
Resiliencia baja	19	34.5
<b>Sentirse bien solo</b>		
Resiliencia alta	5	9.1
Resiliencia moderada	43	78.2
Resiliencia baja	7	12.7
<b>Global</b>		
Resiliencia alta	11	20.0
Resiliencia moderada	33	60.0
Resiliencia baja	11	20.0
Total	55	100.0

Fuente: Propia

En esta tabla se advierte el nivel de resiliencia en mujeres menopáusicas, a nivel Global más de la mitad tiene una capacidad de resiliencia moderada, en tanto 11 casos presentan resiliencia alta y de la misma manera un 20% tiene resiliencia baja. Si bien es cierto la tabla muestra que en cada una de las dimensiones el grado de resiliencia que destaca es el moderado, pero además se observa que en las dimensiones Ecuanimidad, Satisfacción Personal y Perseverancia tiene una tendencia a estar a un nivel bajo de resiliencia; mientras que Confianza en uno mismo y el sentirse bien solo registró niveles moderados.

**CUADRO N°1**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CALIDAD DE VIDA SOMÁTICA**  
**SEGÚN CAPACIDAD DE RESILIENCIA**  
**C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2020**

Calidad de Vida Somática	Capacidad de Resiliencia						Total	
	Alta		Moderada		Baja		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin pérdida	1	9.1	1	3.0	0	0.0	2	3.6
Leve	5	45.5	12	36.4	4	36.4	21	38.2
Moderada	3	27.3	11	33.3	4	36.4	18	32.7
Severa	1	9.1	9	27.3	2	18.2	12	21.8
Intolerable	1	9.1	0	0.0	1	9.1	2	3.6
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

P = 0.041 (P < 0.05) S.S.

Respecto a la relación que tiene la calidad de vida somática con la resiliencia se encuentra que los niveles leves tienen un nivel de relación significativo, de igual manera lo moderado, sin embargo, la calidad de vida somática severa con relación a la resiliencia predomina el nivel moderado y bajo, también la calidad de vida somática intolerable relacionada con la resiliencia apunta en bajo nivel.

Según el test estadístico Tau de Kendall, existe relación significativa entre ambas variables (resiliencia y calidad de vida somática), por lo tanto, a menor resiliencia de las mujeres menopáusicas, menor será su calidad de vida a nivel somática.

**CUADRO N°2**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CALIDAD DE VIDA PSICOLÓGICA**  
**SEGÚN CAPACIDAD DE RESILIENCIA**  
**C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2020**

Calidad de Vida Psicológica	Capacidad de Resiliencia						Total	
	Alta		Moderada		Baja		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin pérdida	0	0.0	1	3.0	0	0.0	1	1.8
Leve	4	36.4	11	33.3	1	9.1	16	29.1
Moderada	4	36.4	11	33.3	4	36.4	19	34.5
Severa	2	18.2	8	24.2	5	45.5	15	27.3
Intolerable	1	9.1	2	6.1	1	9.1	4	7.3
<b>Total</b>	11	100.0	33	100.0	11	100.0	55	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.048$  ( $P < 0.05$ ) S.S.

En referencia a la relación la calidad de vida psicológica con la resiliencia, la mujer con nivel leve tiene la capacidad de resiliencia alta y moderada, mientras que el nivel moderado tiene un nivel de correlación significativo. Por otro lado, la calidad de vida psicológica severa se encuentra con capacidad de resiliencia moderada con tendencia a baja, y en relación a lo intolerable el nivel también es bajo.

Según el test estadístico de Tau de Kendall, entre ambas variables existe una correlación significativa (resiliencia y calidad de vida psicológica), por lo tanto, se puede afirmar que, a menor nivel de resiliencia de las mujeres menopáusicas, menor será su calidad de vida a nivel psicológico.

**CUADRO N°3**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CALIDAD DE VIDA UROGENITAL**  
**SEGÚN CAPACIDAD DE RESILIENCIA**  
**C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2020**

Calidad de Vida Urogenital	Capacidad de Resiliencia						Total	
	Alta		Moderada		Baja		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin pérdida	3	27.3	2	6.1	2	18.2	7	12.7
Leve	4	36.4	20	60.6	4	36.4	28	50.9
Moderada	4	36.4	9	27.3	5	45.5	18	32.7
Severa	0	0.0	1	3.0	0	0.0	1	1.8
Intolerable	0	0.0	1	3.0	0	0.0	1	1.8
<b>Total</b>	11	100.0	33	100.0	11	100.0	55	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.367 (P ≥ 0.05) N.S.

En relación a la calidad de vida urogenital con la resiliencia resulta que hay una relación significativa del nivel leve con la capacidad de resiliencia de la misma manera el moderado. Sin embargo, solo una persona presentó calidad de vida urogenital severa y también solo una, intolerable, ambas con resiliencia moderada.

Según la prueba estadística Tau de Kendall, no se encontraron diferencias significativas. Por lo tanto, no existe relación entre la capacidad de resiliencia y la calidad de vida genitourinaria.

**CUADRO N°4**  
**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR CALIDAD DE VIDA GLOBAL SEGÚN**  
**CAPACIDAD DE RESILIENCIA**  
**C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2020**

Calidad de Vida	Capacidad de Resiliencia						Total	
	Alta		Moderada		Baja		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Leve	5	45.5	11	33.3	2	18.2	18	32.7
Moderada	4	36.4	15	45.5	6	54.5	25	45.5
Severa	2	18.2	7	21.2	3	27.3	12	21.8
<b>Total</b>	11	100.0	33	100.0	11	100.0	55	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.017 (P < 0.05) S.S.

Respecto a la calidad de vida global en relación con resiliencia se observa, que de todas las mujeres menopáusicas que tuvieron una alta resiliencia, el 45.5% tuvo pérdida de la calidad de vida general de forma leve. Por otro lado, un 45.5% de las mujeres menopáusicas con resiliencia moderada tiene una pérdida de la calidad de vida global de forma moderada. Finalmente, un 54.5% de las mujeres menopáusicas con resiliencia baja expone una pérdida de la calidad de vida global moderada, pero con tendencia a ser severa.

De acuerdo a la prueba estadística Tau de Kendall, existe una relación significativa entre las variables mencionadas con una correlación positiva, por lo que se dice que, a mayor resiliencia, mejor calidad de vida de las mujeres menopáusicas.

## **B. DISCUSIÓN**

Este estudio, realizado con una muestra de 55 unidades de observación, las edades más frecuentes de las mujeres menopáusicas oscilaron entre los 45 a 47 años de edad con un 43,6%, este hallazgo coincide parcialmente con lo encontrado con Argueta (2018) (20) en su estudio sobre el climaterio y la evaluación de la calidad de vida relacionada con la menopausia desarrollada en El Salvador, encontró que las edades entre 45 a 50 años predominan con un 77%. Pero difiere con lo reportado por López, Soares y d'Andretta (2010) (48) en Chile sobre la Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica, encontrando que las edades entre 50 a 59 años corresponden al mayor número la población posmenopáusica con un 56.6%.

En relación al estado civil el 61.8% tuvieron pareja ya sea casada o conviviente, estos resultados concuerdan con Albear y Calle (2015) (19) en su estudio realizado en Quito sobre los factores que causan impacto en la calidad de vida de las mujeres que atraviesan la menopausia se encontró también que el 74% tenían pareja, ya sean casada o conviviente. Respecto al grado de instrucción el 63.6% de la población ha completado la educación secundaria y el 20% de la población ha cursado estudios superiores mostrando resultados similares al de Albear y Calle (2015) (19), donde el 55,2% terminaron la secundaria, y un 20,5% presentaron estudios universitarios. Según la ocupación de la población de estudio, se obtuvo que el 52.7% son amas de casa, de la misma manera lo encontrado por Pinto (2016) (24) al efectuar un estudio, en Arequipa, sobre Calidad de vida de las mujeres postmenopausia que no utilizaron terapia hormonal sustantiva, encontró que 64.9% se desempeñaban como amas de casa.

Según las dimensiones determinadas por la Menopause Rating Scale (MRS), respecto a la calidad de vida de las mujeres menopáusicas, la esfera más afectada fue la psicológica de forma moderada con un

34.5% llegando hasta un nivel intolerable de 7.3% mientras que en la esfera somática sostiene que el nivel de afectación es leve con 38.2% con tendencia a ser moderada. Lo cual concuerda con Pinto (2016) (24) quien encontró una mayor pérdida en la calidad de vida en la dimensión psicológica y somática. Sin embargo, estos hallazgos difieren parcialmente con Albear y Calle (2015) (19) ya que, afirma que las dimensiones más deterioradas son el área psicológica y urogenital en tanto la esfera somática no presentó síntomas que alteren su calidad de vida.

Con respecto a la pérdida de la calidad de vida global se encontró un nivel moderado que corresponde a casi la mitad de la población con un 45.5%. De forma similar Del Prado, et al. (2008) (49) en su investigación Evaluación de la calidad de vida en las mujeres de 40 a 59 años por medio de la escala MRS, reportó que 41.1% de las encuestadas mostraron síntomas severos y 39,7% indicaron molestias moderadas. En tanto, la capacidad de resiliencia de las mujeres menopáusicas, a nivel Global más de la mitad (60%) tuvieron un nivel moderado, y un 20% presentó un nivel bajo. Sin embargo, no se encontraron estudios sobre capacidad de resiliencia en mujeres menopáusicas.

Los instrumentos usados han permitido relacionar la capacidad de resiliencia y calidad de vida en mujer menopáusica de 45 años a 55 años del área de influencia del C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena - Arequipa, 2020. Según la prueba estadística Tau de Kendall a la que fueron sometidas ambas variables, se concluye que existe relación significativa ( $P = 0.017 < 0.05$  S.S.) con una correlación positiva; en consecuencia, se afirma que, mientras mayor sea la capacidad de resiliencia, mejor será la calidad de vida de la mujer menopáusica.

Dichos hallazgos son coherentes con tales resultados encontrados por Chico (2017) (50) en su estudio llevado a cabo en Ambato (Ecuador)

sobre resiliencia y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que asisten a una Unidad Oncológica, donde demostró que existen relaciones significativas entre las dos variables mediante el test estadístico de CHI cuadrado de Pearson comprobando que de un total de 40 pacientes, existe un gran porcentaje con niveles de resiliencia media y con calidad de vida con problemas moderados, esto significa que las mujeres que tienen cáncer de mama al manejar su resiliencia también lo hacen con su calidad de vida.



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** En la caracterización de la población de estudio se encontró que, de todas las mujeres menopáusicas, casi la mitad oscilan entre los 45 a 47 años, respecto al lugar de nacimiento en su mayoría son de Arequipa, además el 40% son casadas y la tercera parte son solteras. En relación al grado de instrucción más de la mitad tuvo secundaria completa, y la quinta parte alcanzó estudios superiores, en cuanto a la ocupación la mitad son ama de casa mientras que el resto tienen trabajo ya sea independiente o dependiente. Respecto al aseguramiento 69.1% posee el Seguro Integral de Salud (SIS).

**SEGUNDA:** Más de la mitad de las mujeres menopáusicas presentaron una capacidad de resiliencia moderada a nivel Global. Además, específicamente las dimensiones Ecuanimidad, Perseverancia y Satisfacción Personal presentaron un nivel de resiliencia moderado, pero con

tendencia a bajo; mientras que Confianza en sí mismo y Sentirse bien solo, registró niveles moderados en mayor porcentaje.

**TERCERA:** El 45.5% de las mujeres menopáusicas presentó una pérdida moderada de la calidad de vida a nivel global. Por dimensiones, a nivel Somático la afectación fue leve con 38.2%, la esfera psicológica se vio afectada de manera moderada con un 34.5% y la dimensión urogenital se vio perjudicada de forma leve con 50.9%. En términos generales la calidad de vida de las mujeres menopáusicas estudiadas se ha visto afectada en niveles que van de leve a severo.

**CUARTA:** La capacidad de resiliencia y la calidad de vida durante la menopausia en la población de estudio, según la prueba estadística Tau de Kendall, muestra relación significativa entre ambas variables con una correlación positiva; en consecuencia, se afirma que, mientras mayor sea la capacidad de resiliencia, mejor será la calidad de vida de las mujeres menopáusicas. Evidencia estadísticamente suficiente para rechazar la hipótesis nula y por ende aceptar la hipótesis general.

## **B. RECOMENDACIONES**

Según los resultados obtenidos en la investigación se sugiere:

**PRIMERA:** En la caracterización de la población de estudio se sugiere incluir el número de hijos y personas con las que vive la mujer menopáusica, ya que permitirá conocer cuantas personas podrían verse afectadas de forma

indirecta con la calidad de vida de las mujeres menopáusicas y su capacidad de resiliencia, al ser la mujer un miembro imprescindible para la familia. Además, incluir si la población de estudio, sufre de alguna comorbilidad.

**SEGUNDA:** Concientizar al personal de enfermería sobre la importancia de fortalecer la Capacidad de Resiliencia como parte de la promoción de la salud en las mujeres menopáusicas, ya que esta etapa suele ser olvidada por muchos profesionales de la salud y también por las autoridades.

**TERCERA:** Implementar políticas públicas y estrategias de intervención que permitan mejorar la calidad de vida de las mujeres menopáusicas, bien dicen “Educa a un hombre y educarás a un individuo, educa a una mujer y educarás a una generación”. Las mujeres saludables llevarán a sus familias a cumplir un rol importante en la sociedad.

**CUARTA:** Realizar estudios similares en otras áreas de influencia de los diferentes establecimientos de salud a nivel regional, nacional e internacional, ya que son pocos los estudios encontrados que relacionan calidad de vida con capacidad de resiliencia y más aún en mujeres menopáusicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barret E, Buger H, Collins P, Coope J, Dennerstein L, De Oliveira M, et al. INVESTIGACIONES SOBRE LA MENOPAUSIA EN LOS AÑOS NOVENTA: Informe de un grupo científico de la OMS. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. Report No.: 866.
2. Monsalve C, Reyes V, Parra J, Blümel JE. ORIENTACIONES CLÍNICAS PARA EL MANEJO DE LA MENOPAUSIA. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 2017 Enero-Marzo; 22(1): p. 14-20.
3. Lopera J, Parada A, Martínez L, Jaramillo L, Rojas S. CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA, UN RETO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016 Julio-Septiembre; 32(3): p. 1-11.
4. Wulf. Pirámides de población del mundo desde 1950 hasta 2100. [Online].; 2019 [cited 2020 Septiembre 24. Available from: <https://www.populationpyramid.net/world/2019/>.
5. Tserotas K, Blümel JE. Menopause research in Latin America. Climacteric. 2019; 22(1): p. 17-21.
6. Blümel JE. ¿Qué hay de nuevo en patologías endocrinas?: Características del Climaterio en la mujer latinoamericana. Revista Colombiana de Endocrinología Diabetes & Metabolismo. 2015 Abril; 2(2): p. 33-34.
7. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: A multicentre Latin American study. Maturitas. 2008 Septiembre; 61: p. 323–329.
8. Sharma S, Mahajan N. Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. Journal of Midlife Health. 2015 Enero-Marzo; 6(1): p. 16-20.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. PERÚ: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - INFORME NACIONAL - Censos Nacionales 2017 Lima; 2018.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. PANORAMA DEMOGRÁFICO Lima; 2019.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. PERÚ: ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2016 - Nacional y Regional Lima; 2017.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES 2017 - Nacional y Departamental Lima; 2018.
13. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. ¿QUÉ CALIDAD DE VIDA? La gente y la salud. 1996; 17: p. 385-387.
14. Ayala F, Rodríguez M, Izaguirre H, Ayala R, Quiñones L, Ayala D, et al. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DURANTE EL CLIMATERIO. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2016; 5(2): p. 55-65.
15. Sordía L. MENOPAUSIA: LA SEVERIDAD DE SU SINTOMATOLOGÍA Y DEPRESIÓN. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona,

Facultad de Medicina. Departamento de Ginecología. Obstetricia, Pediatría y Medicina Preventiva; 2009 Abril.

16. Araújo C, Mancussi A. ESTUDIO SOBRE LA RESILIENCIA EN ANCIANAS DEL VALLE DE PARAÍBA, SAO PAULO, BRASIL. *Enfermería Global*. 2016 Abril; 15(2): p. 63-80.
17. García M, Domínguez E. DESARROLLO TEÓRICO DE LA RESILIENCIA Y SU APLICACIÓN EN SITUACIONES ADVERSAS: UNA REVISIÓN ANALÍTICA. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2013; 11(1): p. 63-77.
18. Martínez L, Campo M, Gallego D, Molina J, Sarassa V, Parada A, et al. Calidad de vida durante la perimenopausia y posmenopausia de mujeres de 45 y más años de una universidad privada de Medellín (Colombia). *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2017 Junio; 77(2): p. 110-116.
19. Alvear J, Calle A. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO. Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2015.
20. Argueta R. Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada al Climaterio y Menopausia. In Calderón E, Arzate J, editors. MEMORIA CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN / MULTIDISCIPLINARIO. Guanajuato: PERMUSA S.C; 2018. p. 7022-7033.
21. Ilizarbe G. CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE CLIMATERIO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA – 2018. Tesis. Lima: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería; 2018.
22. Romero C. Factores Sociodemográficos y Calidad de Vida durante la etapa del Climaterio en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Parcona, Ica Noviembre 2017. Tesis. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería; 2019.
23. Orozco K, Rosales A, Rosales I. Afrontamiento de las mujeres entre 40 y 50 años frente al climaterio en un asentamiento humano. Distrito de Pachacamac - 2016. Tesis. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería; 2017.
24. Pinto L. Calidad de vida de mujeres en postmenopausia sin terapia de reemplazo hormonal, Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2016. Tesis. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina Humana; 2016.
25. Álvarez T, Zúñiga C. Nivel de resiliencia en adultos varones y mujeres en la Atención ambulatoria de Quimioterapia - Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. Arequipa 2018. Tesis. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Enfermería; 2018.
26. Gómez A. MENOPAUSIA SALUD GENITOURINARIA. *Oficina de Farmanacia*. 2010 Septiembre-Octubre; 29(5): p. 60-66.

27. Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras A. CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPAUSICAS CON Y SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010; 75(1): p. 17-34.
28. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). Intervenciones de Enfermería para la atención de la Mujer en el proceso de climaterio y menopausia aplicada en los tres niveles de atención Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud , editor. México DF: CENETEC; 2014.
29. Muñoz R, García R, Oyola M, Sánchez N. CALIDAD DE VIDA Y MENOPAUSIA: RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA. Nure Investigación. 2014 Mayo-Junio; 11(70): p. 1-15.
30. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la Menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Report No.: B-23465/2004.
31. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, BK, Cunningham F. WILLIAMS GINECOLOGÍA. Segunda ed. De Leon J, editor. Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014.
32. Fiorentino M. LA CONSTRUCCIÓN DE LA RESILIENCIA EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD. Suma Psicológica. 2008 Marzo; 15(1): p. 95-113.
33. Losada A, Latour M. RESILIENCIA. CONCEPTUALIZACIÓN E INVESTIGACIONES EN ARGENTINA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. 2012; 4(2): p. 84-97.
34. Becoña E. RESILIENCIA: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y UTILIDAD DEL CONCEPTO. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2006; 11(3): p. 125-146.
35. García J, García Á, López C, Dias P. CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA DE LA RESILIENCIA PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD. Salud y drogas. 2016; 16(1): p. 59-68.
36. De la Fuente L. Factores resilientes en estudiantes de educación superior. Revista ACADEMOS. 2019; 3(1): p. 47-54.
37. Gauto G. LA RESILIENCIA COMO PROPUESTA PARA ABORDAR LOS RIESGOS DE LA VIVIENDA PARA LA SALUD HUMANA Y REDUCIR LA VULNERABILIDAD. LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN ESTE PROCESO. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Córdoba: Asociación de Estudios de Población de la Argentina; 2007.
38. Perea R, De la Fuente M. Área Humana. Investigación, Innovación y Experiencia en Psicología. [Online].; 2018 [cited 2020 Septiembre 22. Available from: <https://www.areahumana.es/resiliencia/#Las-8-cualidades-o-atributos-de-la-persona-resiliente>.
39. Mateu R, García M, Gil J, Caballer A. ¿Qué es la resiliencia? Hacia un modelo integrador. Fòrum de recerca. 2009-2010;(15): p. 231-248.

40. Salgado A. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA RESILIENCIA: UNA ALTERNATIVA PERUANA. LIBERABIT. 2005; 11: p. 41-48.
41. Botero B, Pico M. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA. Hacia la Promoción de la Salud. 2007 Enero-Diciembre; 12: p. 11-24.
42. Salas C, Garzón M. La noción de calidad de vida y su medición. Revista CES Salud Pública. 2013 Enero-Junio; 4(1).
43. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista Médica de Chile. 2010 Marzo; 138(3): p. 358-365.
44. Ruiz M, Pairdo M. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. PharmacoEconomics - Spanish Research Articles. 2005; 2(1): p. 31-43.
45. Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfermería Neurológica. 2011; 10(3): p. 163-167.
46. Vega O, Gonzales D. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: INTERPRETACIÓN DESDE LOS ELEMENTOS CONCEPTUALES. Ciencia y Cuidado. 2007 Abril; 4(1): p. 28-35.
47. Sullcaray S. MANUAL AUTOFORMATIVO: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. Primera ed. Lima: Universidad Cominencial SAC 2012; 2013.
48. López F, Soares D, d'Andretta A. CALIDAD DE VIDA DE MUJERES EN FASE DE TRANSICIÓN MENOPÁUSICA EVALUADO POR LA MENOPAUSE RATING SCALE (MRS). Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2010; 75(6): p. 375-382.
49. Del Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). Revista médica de Chile. 2008 Diciembre; 136(12): p. 1511-1517.
50. Chico M. RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. Tesis. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Psicología Clínica; 2017.
51. Peña. Calidad de vida de mujeres en etapa de climaterio en una unidad del primer nivel de Atención de Salud Manchay. 2016..
52. Wagnild , Young. Escala de Resiliencia (ER). [Online].; 1993 [cited 2020 Junio 25. Available from: <https://es.slideshare.net/ipsiasinstitutopsiquiatrico/39013071-escaladeresilienciadewagnildyyoung>.

## **ANEXOS**





## ANEXO N°1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estimado participante:

Con mucho respeto, somos Dayana Aragón Ayala y Veronica Yucra Gonzales; estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, el presente cuestionario es parte del estudio de investigación titulado **“CAPACIDAD DE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS DE 45 A 55 AÑOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA, AREQUIPA 2020”**, cuyo objetivo es: Relacionar la capacidad de resiliencia y calidad de vida en la población de estudio. Por lo que se le pide su colaboración con absoluta sinceridad para llenar el consentimiento informado, así como la ficha individual y los cuestionarios, todos son confidenciales. Estamos dispuestas a resolver cualquier duda.

Firma de los investigadores

\_\_\_\_\_  
Dayana Aragón Ayala

\_\_\_\_\_  
Veronica Yucra Gonzales

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informado(a) e invitado(a) a participar en la investigación sobre **“CAPACIDAD DE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS DE 45 A 55 AÑOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA, AREQUIPA 2020”**. Entiendo que realizaré un cuestionario como mi aporte para la investigación. He sido informado de que no hay riesgos. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Por lo tanto, habiendo aclarado dudas e interrogantes sobre el estudio, de forma voluntaria doy mi consentimiento, en fe del cual firmo al pie de este documento.

Firma del Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## ANEXO N°2



### FICHA INDIVIDUAL

N°.....

**Investigación: “CAPACIDAD DE RESILIENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPÁUSICAS DE 45 A 55 AÑOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL C. S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA, AREQUIPA 2020”**

**Encuesta: N°:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

#### INFORMACION GENERAL: Datos de la mujer

**1. SEXO: (F) (M)**

**2. EDAD:**

- 45 – 47
- 48 – 50
- 51 – 53
- 54 – 55

**3. LUGAR DE NACIMIENTO**

- Arequipa
- Puno
- Ayacucho
- Tacna
- Otro \_\_\_\_\_

**4. GRADO DE INSTRUCCIÓN**

- Primaria
- Secundaria
- Técnica
- Universitario
- Maestría/Especialidad

**5. OCUPACIÓN:**

- Independiente
- Dependiente
- Ama de casa
- Estudiante

**6. ESTADO CIVIL**

- Soltera
- Conviviente
- Casada
- Divorciada
- Viuda

**7. ¿ES ASEGURADO?**

- Si
- No

Si su respuesta es afirmativa, especifique:






- SIS
- EsSalud
- Privado
- Otro \_\_\_\_\_

**ANEXO N°3:**

**\*CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES  
MENOPÁUSICAS**

**Menopause Rating Scale (MRS)**

**Indicaciones:** Estimadas usuarias del C.S. Víctor Raúl Hinojosa Llerena. En la siguiente encuesta se presentan preguntas que cuentan con alternativas, por lo que debe elegir solo una de ellas marcando con un aspa (X) según corresponda. Agradecemos su participación y colaboración en el desarrollo del cuestionario.  
GRACIAS

	NO SIENTE MOLESTIA	SIENTE MOLESTIA LEVE	SIENTE MOLESTIA MODERADA	SIENTE MOLESTIA IMPORTANTE	SIENTE DEMASIADA MOLESTIA
					
Marque solo una casilla	0	1	2	3	4
1. Bochornos, sudoración, calores.					
2. Molestias en el corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho).					
3. Molestias musculares y articulares (dolor de huesos y articulaciones, dolor reumático).					
4. Dificultades en el sueño (no puede dormir, duerme poco)					
5. Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste a punto de llorar, sin ganas de vivir).					
6. Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7. Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al miedo).					

\*Cuestionario sobre Calidad de Vida en Mujeres Menopáusicas

8. Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse).					
9. Problemas sexuales (menos ganas de estar con su pareja, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual).					
10. Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina).					
11. Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en genitales, malestar o dolor durante las relaciones sexuales).					

\*Cuestionario sobre Calidad de Vida en Mujeres Menopáusicas

## ANEXO N°4:

### \*ESCALA DE RESILIENCIA (ER) DE WAGNILD Y YOUNG

#### Indicaciones:

En el siguiente cuestionario, le presentamos una lista de situaciones y decisiones que pueden darse comúnmente en la vida cotidiana. Estamos interesados en conocer el grado de resiliencia. A continuación, leerá algunas afirmaciones sobre cómo piensan, sienten o actúan las personas.

Lea con atención y con cuidado cada una de ellas. En cada ítem, señale con una "x" la casilla correspondiente a la columna que mejor represente su forma de reaccionar en cada situación, utilizando los siguientes criterios:

**De 1: totalmente en desacuerdo a 7 totalmente de acuerdo, indicando el grado de conformidad con cada ítem.**

N°	AFIRMACIONES	En Desacuerdo				De acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando planeo algo lo realizo							
2	Generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3	Dependo más de mí mismo que de otras personas							
4	Es más importante para mí mantenerme interesado en las cosas							
5	Puedo estar solo si tengo que hacerlo							
6	Me siento orgullosa de haber logrado cosas en mi vida							
7	Usualmente veo cosas a largo plazo							
8	Soy amiga de mí misma							
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10	Soy decidida							

\*Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young

11	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12	Tomo las cosas una por otra							
13	Puedo enfrentar las dificultades porque lo he experimentado anteriormente							
14	Tengo autodisciplina							
15	Me mantengo interesada en las cosas							
16	Por lo general, encuentro algo de que reírme							
17	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles							
18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar							
19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20	Algunas veces me obligo a hacer cosas, aunque no quiera							
21	Mi vida tiene significado							
22	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada							
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida							
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer							
25	Acepto que haya personas a las que yo no les agrado							

\*Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young