

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

IMAGEN CORPORAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOEFICACIA Y PESO
CORPORAL EN MUJERES EN ETAPA DE MENOPAUSIA

Por

LIC. TANIA MIROSLAVA REYNA SALINAS

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

IMAGEN CORPORAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOEFICACIA Y PESO
CORPORAL EN MUJERES EN ETAPA DE MENOPAUSIA

Por

LIC. TANIA MIROSLAVA REYNA SALINAS

Director de Tesis

DRA. NORMA EDITH CRUZ CHAVEZ

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



UANL

IMAGEN CORPORAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOEFICACIA Y PESO
CORPORAL EN MUJERES EN ETAPA DE MENOPAUSIA

Por

LIC. TANIA MIROSLAVA REYNA SALINAS

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2026



UANL

IMAGEN CORPORAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOEFICACIA Y PESO
CORPORAL EN MUJERES EN ETAPA DE MENOPAUSIA

Por

Lic. Tania Miroslava Reyna Salinas

Aprobación de Tesis

Dra. Norma Edith Cruz Chavez
Director de Tesis

Dra. Norma Edith Cruz Chavez
Presidente

Dra. Nora Hernández Martínez
Secretario

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación



UANL

IMAGEN CORPORAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOEFICACIA Y PESO
CORPORAL EN MUJERES EN ETAPA DE MENOPAUSIA

Este trabajo fue realizado en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la Dra. Norma Edith Cruz Chavez.

Director

Agradecimientos

A la MCE. Santiago Enriqueta Esparza Almanza, Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, asimismo, a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación, por brindarme la oportunidad de formar parte del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería y por el apoyo proporcionado durante mi formación académica.

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), por el apoyo brindado para continuar preparándome profesionalmente y hacer posible la realización de mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A mi directora de tesis, Dra. Norma Edith Cruz Chavez por su guía, acompañamiento y dedicación durante el desarrollo de esta investigación. Gracias por compartir sus conocimientos, por cada una de sus observaciones, enseñanzas y por contribuir significativamente a mi crecimiento académico y profesional a lo largo de este proceso.

A mi jurado, Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal y Dra. Nora Hernández Martínez, por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo, así como por sus valiosas observaciones, recomendaciones y aportaciones metodológicas que contribuyeron al fortalecimiento de esta investigación.

A la planta docente del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, por compartir sus conocimientos y contribuir de manera significativa a mi formación académica y profesional durante estos años.

A la profesora Elizabeth Vargas Rosero, por el acompañamiento y apoyo brindados durante mi estancia académica en Colombia y por las aportaciones realizadas a mi formación académica.

Finalmente, agradezco profundamente a cada una de las mujeres que participaron en este estudio por su tiempo, disposición y confianza al compartir sus experiencias, haciendo posible la realización de esta investigación.

Dedicatoria

A mis padres, Rebeca Salinas Rincón y Gonzalo Reyna Reyna, por su apoyo incondicional, por acompañarme en cada etapa de este camino y por brindarme siempre la confianza y las herramientas para seguir creciendo personal y profesionalmente. Gracias por impulsarme a continuar y por estar presentes durante este proceso.

A mi mejor amigo, MCE. Erik Jahir Estrada González, por ser una de las primeras personas en creer en mí e inspirarme a iniciar este camino académico. Gracias por acompañarme durante este proceso, escucharme en cada etapa y estar presente incluso en los momentos de mayor cansancio e incertidumbre. Gracias también por compartir conmigo tu ejemplo y motivarme siempre a seguir adelante.

A mis compañeros de maestría, por compartir estos años de aprendizaje, retos y crecimiento. Gracias por el apoyo y las experiencias en este camino.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de esta etapa y contribuyeron a mi crecimiento académico y personal.

Índice

Contenido	Página
Aprobación de Tesis	i
Declaración de Lugar donde se realizó el estudio	ii
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Índice	v
Lista de Abreviaturas	vii
Lista de Tablas	ix
Lista de Figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	1
Antecedentes	3
Síntesis de Estudios Relacionados	7
Marco Teórico	16
Justificación	25
Definición de Términos	26
Objetivos	29
Material y Métodos	30
Diseño de Estudio	30
Población, Muestra y Muestreo	30
Criterios de Inclusión	31
Criterios de Exclusión	31
Instrumentos de Medición	31
Procedimiento de Recolección de Datos	36
Consideraciones Éticas	37
Análisis de Datos	39
Resultados	41

Índice

Contenido	Página
Discusión	54
Conclusiones	66
Recomendaciones	66
Limitaciones	67
Referencias bibliográficas	68
Anexos	80
1. Consentimiento Informado	81
2. Cédula de Datos Personales	83
3. Protocolo para la Toma de Peso	85
4. Protocolo para la Toma de Talla	86
5. Protocolo para la Toma de Perímetro abdominal	87
6. Adaptación de la escala STRAW + 10 para clasificación de etapas de menopausia	88
7. Guía de Tamaño Corporal Basada en el IMC (BSG)	90
8. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	91
9. Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria	92
10. Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF)	93
11. Evaluación de Síntomas Menopáusicos (MRS)	94
12. Escala breve de hábitos de alimentación saludable	95
13. Díptico	96

Lista de Abreviaturas

α	Alpha de Cronbach
ABSI	Índice de Forma Corporal
APE	Autopercepción del envejecimiento
B	Coeficiente no estandarizado
β	Coeficiente estandarizado
BIS	Evaluación de la Imagen Corporal
BSG	Guía de Tamaño Corporal Basada en el IMC
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CTE	Conceptual-Teórico-Empírico
DE	Desviación estándar
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DSF	Índice de Función Sexual Femenina
E2	Estradiol
EAF	Escala de Autoeficacia para la Actividad Física
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
FSFI	Función Sexual Femenina
GABA	Ácido Gamma-Aminobutírico
HADS	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria
HAMD	Escala de Depresión de Hamilton
IARC	International Agency for Research on Cancer
IC	Intervalo de Confianza
IMC	Índice de Masa Corporal
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
M	Media
MCS	Modelo de Creencias de Salud
Mdn	Mediana
MRS	Escala de Síntomas Menopáusicos
MXN	Peso mexicano

Lista de Abreviaturas

<i>n</i>	Número de casos
<i>N</i>	Número total de casos
NIH	National Institutes of Health
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Razón de probabilidad
<i>p</i>	Significancia
<i>r</i>	Estimación del coeficiente de correlación
SCT	Teoría Cognitiva Social
SVM	Síntomas vasomotores
TTM	Modelo Transteórico del Cambio
<i>z</i>	Puntuación estandarizada

Lista de Tablas

Número	Título	Página
1	Consistencia interna de los instrumentos	41
2	Características sociodemográficas y antropométricas de las participantes	42
3	Características sociodemográficas y clínicas de las participantes	43
4	Estadística sobre satisfacción de imagen corporal	44
5	Clasificación de los síntomas depresivos según el Inventario de Depresión de Beck II	44
6	Síntomas más frecuentes en el Inventario de Depresión de Beck II	45
7	Características descriptivas de las escalas de autoeficacia	46
8	Descriptivos de conducta alimentaria	46
9	Características de la conducta de actividad física	47
10	Clasificación de síntomas menopáusicos según su severidad	48
11	Clasificación de síntomas menopáusicos según dimensión	48
12	Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors	49
13	Coeficiente de correlación de Spearman para insatisfacción de imagen corporal, síntomas depresivos, autoeficacia alimentaria y actividad física	50
14	Relación entre la autoeficacia alimentaria y de actividad física con las conductas	51
15	Relación entre la conducta alimentaria y de actividad física con el IMC y el perímetro abdominal	51
16	Coeficiente de Correlación de Spearman para IMC y perímetro abdominal con las variables de estudio	52

Lista de Figuras

Número	Título	Página
1	Modelo conceptual de riesgo psicosocial y factores de protección para el aumento excesivo de peso gestacional de Hill et al. (2013)	18
2	Esquema de Conceptual – teórico - empírico. Elaboración propia, 2025	24

Resumen

Lic. Tania Miroslava Reyna Salinas

Título del estudio: IMAGEN CORPORAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOEFICACIA Y PESO CORPORAL EN MUJERES EN ETAPA DE MENOPAUSIA

LGAC: Cuidado a la Salud en Riesgo de Desarrollar Estados Crónicos y en Grupos Vulnerables.

Introducción: La menopausia es una etapa caracterizada por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que pueden influir en la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia y el estado antropométrico. Aunque existe evidencia internacional sobre estas variables, en México son limitados los estudios que analicen su interacción durante esta etapa. **Objetivo:** Determinar si la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia para la ingesta alimentaria y la actividad física, así como sus conductas, se asocian con el IMC y perímetro abdominal en mujeres en etapa de menopausia. **Materiales y Métodos:** El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional y transversal realizado en 300 mujeres de 40 a 65 años residentes del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, en alguna etapa de menopausia. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizó una cédula de datos personales, la clasificación STRAW+10, la Guía de Tamaño Corporal Basada en IMC (BSG), el Inventario de Depresión de Beck II, escalas de autoeficacia para conducta alimentaria y actividad física, una escala de hábitos alimentarios saludables y mediciones antropométricas con consistencia interna aceptable ($\alpha=.70-.92$). Se realizaron análisis descriptivos y Correlaciones de Spearman. **Resultados:** La edad promedio fue de 50.26 años ($DE = 7.68$). El 82.40% presentó sobrepeso u obesidad, 73.30% riesgo significativamente alto según perímetro abdominal, el 74.70% insatisfacción corporal y el 19.70% síntomas depresivos. La insatisfacción corporal se relacionó positivamente con los síntomas depresivos ($r_s = .120, p = .037$), y negativamente con la autoeficacia alimentaria ($r_s = -.196, p < .001$) y actividad física ($r_s = -.253, p < .001$). La autoeficacia alimentaria se asoció con la conducta alimentaria ($r_s = .468, p < .001$) y la autoeficacia para actividad física con los minutos de actividad física semanal ($r = .378, p < .001$). Respecto al objetivo general, mayores niveles de insatisfacción corporal se asociaron con mayores valores de IMC y perímetro abdominal, mientras que mayores niveles de autoeficacia y actividad física se relacionaron con menores indicadores antropométricos. **Conclusiones:** En este sentido, mayores niveles de insatisfacción corporal se relacionaron con mayores valores de IMC y perímetro abdominal, mientras que mayores niveles de autoeficacia y actividad física se asociaron con indicadores antropométricos más favorables. Asimismo, las relaciones identificadas entre insatisfacción corporal, síntomas depresivos y autoeficacia evidencian la complejidad de los procesos que influyen en la salud durante esta etapa, destacando la importancia de desarrollar abordajes preventivos e integrales dirigidos a mujeres en menopausia.

Abstract

Tania Miroslava Reyna Salinas

Title: BODY IMAGE, DEPRESSIVE SYMPTOMS, SELF-EFFICACY, AND BODY WEIGHT IN WOMEN DURING MENOPAUSAL STAGES

Research Line: Health Care for Individuals at Risk of Developing Chronic Conditions and Vulnerable Groups

Introduction: Menopause is a stage characterized by physiological, psychological, and social changes that may influence body image, depressive symptoms, self-efficacy, and anthropometric status. Although international evidence exists regarding these variables, studies in Mexico analyzing their interaction during this stage remain limited.

Objective: To determine whether body image, depressive symptoms, self-efficacy for healthy eating and physical activity, as well as related behaviors, are associated with body mass index (BMI) and waist circumference in women during the menopausal stage. **Materials and Methods:** A descriptive, correlational, and cross-sectional study was conducted with 300 women aged 40 to 65 years residing in the metropolitan area of Monterrey, Nuevo León, who were in any stage of menopause. A non-probabilistic convenience sampling method was used. Data were collected using a personal data questionnaire, the STRAW+10 classification, the Body Size Guide Based on BMI (BSG), the Beck Depression Inventory-II, self-efficacy scales for eating behavior and physical activity, a healthy eating habits scale, and anthropometric measurements, with acceptable internal consistency levels ($\alpha=.70-.92$). Descriptive analyses and Spearman Correlations were performed. **Results:** The mean age was 50.26 years ($SD = 7.68$). A total of 82.40% of participants presented overweight or obesity, 73.30% showed a significantly high risk according to waist circumference, 74.70% reported body dissatisfaction, and 19.70% presented depressive symptoms. Body dissatisfaction was positively associated with depressive symptoms ($r_s = .120, p = .037$) and negatively associated with dietary self-efficacy ($r_s = -.196, p < .001$) and physical activity ($r_s = -.253, p < .001$). Dietary self-efficacy was positively associated with eating behavior ($r_s = .468, p < .001$), and physical activity self-efficacy with weekly minutes of physical activity ($r_s = .378, p < .001$). Regarding the general objective, higher levels of body dissatisfaction were associated with higher BMI and waist circumference values, whereas higher levels of self-efficacy and physical activity were associated with more favorable anthropometric indicators. **Conclusions:** Higher levels of body dissatisfaction were associated with higher BMI and waist circumference values, whereas greater self-efficacy and physical activity were associated with more favorable anthropometric indicators. Likewise, the relationships identified among body dissatisfaction, depressive symptoms, and self-efficacy highlight the complexity of the processes influencing health during this stage and emphasize the importance of developing preventive and comprehensive approaches for women undergoing menopause.

Introducción

La menopausia es un evento biológico, definido clínicamente por 12 meses continuos de amenorrea no atribuida a causas patológicas. Puede presentarse de forma natural o por procedimientos quirúrgicos y corresponde a una etapa dentro del continuo que va de la transición menopaúsica a la posmenopausia. Suele ocurrir entre los 45 y 55 años; en México se presenta entre los 47 y 49 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022; Peacock et al., 2023; National Institutes of Health [NIH], 2024; Secretaría de Salud, 2013).

A nivel mundial, las mujeres de 50 años o más representan el 26% de la población femenina, un incremento del 22% respecto la década anterior (OMS, 2022). En México, el 51.7% de la población son mujeres, de las cuales el 21.7% transita alguna etapa de la menopausia (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2024). El aumento en la esperanza de vida hace que las mujeres pasen cerca de un tercio de su vida en esta etapa (OMS, 2022; Peacock et al., 2023). Por ello, ante el envejecimiento poblacional y la creciente proporción de mujeres en edades medias y avanzadas, comprender los cambios fisiológicos y psicosociales de la menopausia es una prioridad en salud pública.

Durante esta transición hacia la menopausia, pueden presentarse síntomas vasomotores (SVM) (bochornos, sudoración nocturna, insomnio, cefaleas), hormonales (cambios de humor, irritabilidad, apatía), psicológicos (depresión, ansiedad), ginecológicos (resequedad vaginal, dispareunia, disminución del deseo sexual) y otros relacionados con tejidos y articulaciones (sequedad, prurito, alopecia, uñas quebradizas, dolor articular). Estos cambios no solo son biológicos, sino que también afectan la esfera psicológica y social de la mujer (Beckmann & Ling, 2019).

En el plano fisiológico, la disminución de estrógenos y la pérdida de función folicular durante la menopausia generan cambios en la composición corporal, como el aumento de adiposidad abdominal y mayor riesgo cardio metabólico (Juppi et al., 2022). Lo que puede afectar la percepción de la imagen corporal de las mujeres, la cual suele ser más negativa en la menopausia, especialmente en presencia de mayor peso e IMC, y se asocia con malestar, depresión y menor calidad de vida (Alblooshi, Taylor, & Gill,

2023; Ling & Wang, 2023; Medeiros et al., 2024; Nazarpour et al., 2021; Simbar et al., 2020; Vincent et al., 2023)

Los factores psicosociales desempeñan un papel central durante la menopausia. Una revisión sistemática en mujeres de países de altos ingresos reporta asociaciones consistentes entre una mayor carga de síntomas y una percepción más negativa de la imagen corporal (Vincent et al., 2023). Asimismo, la autoeficacia parece moderar la relación entre la severidad de los síntomas y la satisfacción con la vida: en mujeres con baja autoeficacia, síntomas más intensos se asocian con menor satisfacción vital, mientras que este efecto desaparece cuando los niveles de autoeficacia son moderados o altos (Bieñ et al., 2025). Estas relaciones biopsicosociales (síntomas ↔ imagen corporal ↔ estado de ánimo ↔ autoeficacia) ofrecen un marco útil para plantear hipótesis y diseñar intervenciones desde la enfermería.

En México, el conocimiento respecto a las relaciones biopsicosociales en mujeres en el periodo de menopausia es limitado. La Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012 establece criterios para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia, lo que resalta la necesidad de desarrollar investigaciones que integren dimensiones biológicas, psicosociales y sociales en contextos locales (Secretaría de Salud, 2013). En este marco, el presente proyecto tiene como propósito determinar la relación entre la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia para la ingesta alimentaria y la actividad física, así como la conducta alimentaria y la conducta de actividad física, con el peso corporal (IMC y perímetro abdominal) en mujeres en etapa de menopausia.

La identificación de las interacciones entre las variables a analizar permitirá generar evidencia empírica que contribuya al diseño de estrategias de intervención clínica y de salud pública que sean culturalmente pertinentes y estén orientadas a la mejora de la calidad de vida durante esta transición.

Antecedentes

La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación, resultante de una disminución en la actividad folicular ovárica. Esta etapa es precedida por la transición menopáusica, caracterizada por la irregularidad del ciclo menstrual, que generalmente comienza a mediados de los 40 años, y es seguido por el período posmenopáusico. Los cambios hormonales propios de esta transición, particularmente la disminución de estrógenos, generan modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que pueden afectar de manera significativa la vida de las mujeres (Mosconi et al., 2021).

Más allá de sus implicaciones biológicas, la menopausia tiene repercusiones sociales y económicas relevantes. La falta de apoyo adecuado para las mujeres en esta etapa no solo afecta su bienestar, sino que también genera repercusiones económicas significativas, un ejemplo es que en Reino Unido se estima que esto resulta en la pérdida de aproximadamente 14 millones de días laborales al año (Tomlinson, 2023). Además, según Saarinen et al. (2024), mencionan que la menopausia prematura reduce el desempeño laboral, lo que conlleva costos adicionales para las empresas, como el ausentismo y la rotación de personal.

A pesar de su relevancia, el conocimiento sobre la menopausia es limitado y suele despertar interés solo cuando las mujeres comienzan a experimentar sus síntomas (Huang et al., 2023; Muchanga et al., 2021; Munn et al., 2022). Este conocimiento está positivamente relacionado con el nivel educativo, de modo que la falta de preparación para afrontar esta etapa puede intensificar los síntomas y dificultar un afrontamiento efectivo (Abdelmola et al., 2024; Krzyżanowska & Górecka, 2021; Tariq et al., (2023).

Uno de los cambios más relevantes durante la menopausia es el aumento de peso, particularmente en adiposidad abdominal, la cual se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares (Opoku et al., 2023; Simpson et al., 2023). En México, esta problemática es relevante, ya que según el Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2023), el 76.8% de las mujeres presentan sobrepeso u obesidad, y esta cifra asciende hasta al 85% en el grupo de 40 a 60 años. La evidencia científica señala que existe una relación directa entre la menopausia y el aumento de peso, lo cual se convierte en uno de los principales temores para las mujeres en esta etapa (Medeiros et al., 2024).

El incremento del peso corporal no solo impacta la salud física, sino que también tiene repercusiones importantes en la salud mental. Diversos estudios han documentado que este aumento de peso, junto con la presencia de síntomas menopáusicos severos, contribuyen al desarrollo de una imagen corporal negativa (Ling y Wang, 2023; Nazarpour et al., 2021; Simbar et al., 2020). La insatisfacción con la imagen corporal es altamente prevalente en mujeres menopáusicas, con tasas que van entre el 36.3% y el 80%, siendo la obesidad la causa principal en aproximadamente el 76.2% de los casos. Los síntomas menopáusicos pueden agravar la percepción negativa del cuerpo, especialmente en mujeres con mayor peso corporal, donde se ha observado una mayor probabilidad de insatisfacción con la imagen corporal (Medeiros et al., 2024; Nazarpour et al., 2021; Simbar et al., 2020).

La insatisfacción con la imagen corporal se ha identificado como un factor clave en el desarrollo de síntomas depresivos durante la menopausia. El temor al aumento de peso y la percepción negativa del cuerpo incrementan el riesgo de depresión en esta población (Bonsu et al., 2023; Medeiros et al., 2024). Los síntomas depresivos representan un problema de salud prevalente en mujeres, siendo aproximadamente 1.5 veces más frecuente en comparación con los hombres, afectando la calidad de vida, el sueño y la función sexual (OMS, 2025). Esto se debe a fluctuaciones hormonales durante la transición menopáusica, especialmente la disminución de estrógenos, que alteran neurotransmisores como la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA), provocando tristeza, desesperanza, trastornos del sueño y pérdida de interés en actividades cotidianas (Alblooshi, Taylor & Gill, 2023; Sánchez-Prieto et al. 2023).

La prevalencia de los síntomas depresivos en mujeres menopáusicas varía entre un 12.4% y un 55%, dependiendo de la gravedad de los síntomas menopáusicos y la etapa de la menopausia. Algunos estudios reportan mayores tasas de depresión durante la perimenopausia, mientras que otros las encuentran más elevadas en la posmenopausia (Alblooshi, Taylor & Gill, 2023; Krajewska-Ferishah et al., 2022; Ling & Wang, 2023; Simbar et al., 2020; Tang et al., 2019).

En este contexto, la presencia de síntomas menopáusicos más intensos, el aumento de peso y la insatisfacción con la imagen corporal pueden influir negativamente en otros aspectos psicológicos relevantes, como la autoeficacia. La evidencia indica la

autoeficacia se ve disminuida en mujeres que presentan mayor sintomatología menopáusica y síntomas depresivos (Kuck & Hogervorst, 2024; Weidner et al., 2020). En contraste, altos niveles de autoeficacia se asocian con un mejor control del peso, mayor capacidad de adaptación a los cambios físicos y emocionales de la menopausia, así como una percepción más positiva de la salud y mayor participación en decisiones sobre el propio bienestar (Doubova et al., 2013; Rodríguez-Rojas et al., 2023).

La autoeficacia emerge como una variable psicológica clave durante la menopausia. Ha demostrado ser un factor protector frente a síntomas, como los síntomas de depresión y síntomas menopáusicos, lo que influye directamente en la calidad de vida durante la menopausia (Kuck & Hogervorst, 2024; Weidner et al., 2020). Las mujeres con mayor autoeficacia enfrentan de forma más eficaz los desafíos de esta etapa que se mencionan al inicio, particularmente en el manejo del peso y la imagen corporal. Estos hallazgos sugieren que la autoeficacia no solo modula la experiencia subjetiva de la menopausia, sino que actúa como un puente entre el bienestar psicológico y los comportamientos saludables. Por lo tanto, fortalecerla mediante estrategias educativas y preventivas puede ser clave para reducir los efectos adversos de la menopausia y promover una mejor salud integral en las mujeres durante esta etapa. (Rodríguez-Rojas et al., 2023).

Asimismo, diversos estudios han incluido dentro de la caracterización de la población o como variables secundarias factores sociodemográficos y clínicos como la edad, la escolaridad, el peso corporal o IMC, la actividad física, estado civil, la presencia de enfermedades crónicas, la gravedad de los síntomas menopáusicos y las distintas etapas de la menopausia (Nazarpour et al., 2021; Ling & Wang, 2023; Simbar et al., 2020; Tang et al., 2019). Si bien estos factores no siempre han sido el foco principal de análisis, se han relacionado con variaciones en la percepción de la imagen corporal, los síntomas depresivos y la autoeficacia. Por ejemplo, se ha observado que la menor escolaridad, el sobrepeso, la inactividad física y los síntomas más intensos de la menopausia pueden asociarse con mayor insatisfacción corporal y mayor presencia de síntomas depresivos. De esta manera, estos factores contextuales contribuyen a comprender con mayor profundidad las experiencias de las mujeres en esta etapa de transición (Medeiros et al., 2024).

En este contexto, a pesar de la evidencia que documenta las implicaciones biopsicosociales de la menopausia y el papel de las variables mencionadas, la atención institucional a esta etapa sigue siendo limitada. En el contexto nacional, aunque el Programa Sectorial de Salud 2019-2024 establece estrategias para promover la salud de las mujeres, no aborda las necesidades específicas de aquellas que atraviesan la menopausia. Asimismo, la Cartilla Nacional de Salud para mujeres de 20 a 59 años menciona esta etapa, pero solo recomienda medidas una vez que aparecen los síntomas (Secretaría de Salud, 2019).

Finalmente, a pesar de la relevancia de estas variables, la mayoría de los estudios antes citados sobre menopausia provienen de países de altos ingresos; en países de bajos y medianos ingresos como es el caso de México, país que presenta un incremento de la población adulta y adulta mayor, así como altos índices de sobrepeso y obesidad. Además, ninguna investigación ha abordado de manera conjunta las variables de imagen corporal, síntomas depresivos, autoeficacia y peso corporal en mujeres en etapa de menopausia. En México, la investigación sobre la menopausia se ha enfocado principalmente en prevalencias y conocimientos generales, pero existe escasa evidencia reciente que explore la relación entre estas variables clave (Macías-Cortés & Llanes-González, 2018; Rivera-Ochoa et al., 2022; Sievert & Hautaniemi, 2003; Velasco-Murillo et al., 2000).

Desde la perspectiva de enfermería, comprender cómo se relacionan la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia, la conducta y el peso corporal en mujeres en menopausia es fundamental para entender cómo estas variables interactúan y, a futuro, poder diseñar intervenciones educativas y preventivas centradas en el autocuidado y la adaptación saludable a los cambios propios de esta etapa. Este estudio aporta una visión integral que permite al profesional de enfermería identificar posibles factores de riesgo en las mujeres en menopausia y a futuro, poder promover estrategias de afrontamiento eficaces que mejoren la calidad de vida de las mujeres durante estas etapas de su vida.

Síntesis de Estudios Relacionados

En este apartado se presenta una síntesis de los estudios relacionados que exploran las distintas variables de interés en esta investigación en el contexto de mujeres en etapa de menopausia. Se revisaron investigaciones previas que analizan dichas variables tanto de manera independiente como en combinación.

En primer lugar, se presentan los estudios relacionados con menopausia e imagen corporal, así como imagen y peso corporales; posteriormente, aquellos que abordan la relación entre imagen corporal y depresión, seguidos de los estudios sobre síntomas menopáusicos, imagen corporal y depresión. Después, se describen las investigaciones relacionadas con las etapas de la menopausia y la depresión, así como el artículo que analiza la relación entre imagen corporal, depresión, síntomas menopáusicos e IMC. Finalmente, se presentan estudios sobre autoeficacia y control del peso, autoeficacia y síntomas depresivos, autoeficacia relacionada con depresión y menopausia, y autoeficacia vinculada con actividad física e ingesta alimentaria.

Menopausia e imagen corporal

Vincent et al. (2023) realizaron una revisión sistemática de 18 estudios observacionales con el objetivo de analizar la relación entre la menopausia y la percepción de la imagen corporal en mujeres sanas de mediana edad. La mayoría de los estudios incluyó mujeres con IMC dentro de los rangos de peso normal y sobrepeso, abordando tanto percepciones positivas como negativas de la imagen corporal. En 15 de los estudios, las etapas de la menopausia fueron utilizadas como variable de exposición, siguiendo la clasificación de la OMS. Los hallazgos sugieren que la menopausia puede asociarse con una percepción más negativa de la imagen corporal, especialmente cuando se presentan síntomas intensos o frecuentes, los cuales afectan aproximadamente al 75% de las mujeres y pueden persistir en promedio durante 7.4 años, incluidos 4.5 años posteriores al inicio de la menopausia.

Asimismo, entre el 40% y el 80% de las mujeres en esta etapa reportan algún grado de insatisfacción corporal. Dentro de la revisión, algunos estudios mostraron que las mujeres posmenopáusicas se sentían más satisfechas con su peso en comparación con las premenopáusicas ($p < .01$). En contraste, otros estudios reportaron que las mujeres perimenopáusicas manifestaban mayor preocupación por su forma corporal ($p = .010$) y

que tanto las mujeres peri como posmenopáusicas presentaban una mayor sensación de gordura ($p = .030$ y $p = .027$, respectivamente). De igual forma, se identificó una mayor insatisfacción corporal en los grupos peri y posmenopáusico ($p = .002$ y $p = 0.003$) en comparación con el grupo premenopáusico. Sin embargo, algunos estudios no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres pre y posmenopáusicas respecto a la preocupación por el peso ($p = .936$) ni por la imagen corporal ($p = .761$).

Imagen y peso corporales

Medeiros et al. (2024) realizaron un estudio transversal y correlacional en Brasil para investigar la relación entre el aumento de peso y la percepción de la imagen corporal en 453 mujeres de 40 a 65 años, donde los resultados mostraron que la edad promedio fue de 54.9 años ($DE = 10.01$). El 80.8% de las participantes estaba insatisfecha con su imagen corporal (4.6% por delgadez y 76.2% por obesidad). Las mujeres que reportaron insatisfacción con su imagen corporal presentaron una edad promedio menor ($M = 54.96$, $DE = 9.14$ vs. $M = 59.11$, $DE = 11.08$; $p = .02$), así como menor escolaridad (85% vs. 36.8%; $p < .001$), además tuvieron mayor proporción de sobrepeso y obesidad (86.9% vs. 59.8%; $p < .001$) y no practicaban actividad física (66.9% vs. 49.4%; $p = .02$). Las mujeres satisfechas con su imagen mostraron menor porcentaje de grasa corporal ($p < .001$) y mayor porcentaje de masa magra ($p < .001$).

Los resultados indicaron que, por cada incremento del IMC, tenían 1.28 veces más probabilidades de estar insatisfechas ($p < .001$). Las mujeres con menor educación ($OR = 3.29$) y las que no practicaban actividad física ($OR = 2.43$) eran más propensas a calificar su percepción como mala. La insatisfacción por la delgadez, el IMC mostró una asociación significativa ($OR = .76$; $p = .02$), indicando que, con cada punto de disminución del IMC, la probabilidad de insatisfacción de delgadez aumenta un 24%. Para la insatisfacción por obesidad, las mujeres con bajo nivel educativo tenían 3.9 veces más probabilidades de estar insatisfechas y cada incremento del IMC se asoció con una probabilidad 1.4 veces mayor, siendo no practicar actividad física un factor de riesgo ($OR = 2.53$; $p = .02$).

Szymona et al. (2019) realizaron un estudio transversal en Polonia con 113 mujeres de 25 a 60 años, clasificadas en grupos premenopáusico, menopáusico y

posmenopáusico, con el objetivo de analizar diferencias en la imagen corporal entre etapas reproductivas. Los resultados mostraron diferencias significativas en la importancia atribuida a distintas partes del cuerpo entre grupos; particularmente, las mujeres menopáusicas otorgaron menor importancia al estómago en comparación con las mujeres premenopáusicas ($z = -2.457, p < .01$). Asimismo, la satisfacción corporal fue menor respecto al estómago y las mujeres posmenopáusicas mostraron menor tendencia a ocultar aspectos percibidos como inaceptables de su apariencia.

Imagen corporal y depresión

Simbar et al. (2020) realizaron un estudio descriptivo y correlacional en Irán, con el objetivo de analizar la relación entre la imagen corporal con la depresión y la ansiedad en 307 mujeres posmenopáusicas. Los resultados mostraron que la edad promedio de las participantes fue de $M = 55.19$ años ($DE = 4.03$). El 96% estaban casadas y de estas el 77.5% eran amas de casa. Con respecto a la imagen corporal los resultados mostraron un 63.73% de satisfacción a su imagen corporal, destacando la mayor satisfacción en "cara y cabeza" ($M = 67.38, DE = 10.91$) y la menor en "miembros inferiores" ($M = 58.06, DE = 17.57\%$). El 55% de las mujeres presentaron depresión de leve a grave, con una puntuación media de $M = 12.00$ ($DE = 7.71$).

Además, se encontró que las mujeres casadas que vivían con sus esposos presentaron mayores niveles de depresión que las viudas y solteras ($p = .022$), las mujeres empleadas tuvieron puntuaciones de depresión más bajas que las amas de casa y jubiladas ($p = .001$), y las propietarias de vivienda mostraron menores niveles de depresión ($p = .003$) en comparación con las no propietarias. El modelo de regresión lineal múltiple mostró que la imagen corporal es un predictor significativo de la depresión, donde un aumento de 1 unidad en la imagen corporal se asocia con una disminución de 0.161 unidades en la depresión ($p < .001$). Además, la edad ($p = .011$) y la suficiencia de los ingresos familiares ($p = .008$) también fueron predictores, con una disminución de la depresión a medida que aumentan la edad y los ingresos familiares.

Síntomas menopáusicos e imagen corporal y depresión

Krajewska-Ferishah et al. (2022) realizaron un estudio observacional en 539 mujeres de Polonia, Bielorrusia, Bélgica y Grecia para evaluar la predisposición a

síntomas depresivos. Los resultados mostraron que la edad media de las participantes fue similar en todos los países, con un promedio de 51.3 años. Se hallaron diferencias significativas en la gravedad de síntomas de perimenopausia ($p = .0002$), con valores más altos en Polonia y Bélgica, y mayor variabilidad en Polonia (25% - 75%). El malestar mental fue similar ($p = .153$), mientras que el somático fue más alto en Grecia, sin significancia estadística ($p = .142$). Mediante el Inventario de Depresión de Beck, se encontró que la incidencia e intensidad de los síntomas depresivos fue mayor en Bielorrusia ($M = 12.0$, $Mdn = 13.7$) y la más baja en Polonia. Las diferencias entre los países fueron estadísticamente significativas ($p = .005$), y Bielorrusia registró el mayor porcentaje de mujeres que padecían depresión, incluida la depresión grave (12.4%).

Nazarpour et al. (2021) realizaron un estudio transversal en Irán con el objetivo de evaluar la relación entre la imagen corporal de las mujeres y la gravedad de los síntomas menopáusicos en 300 mujeres posmenopáusicas. De acuerdo con los resultados, la edad media fue de $M = 55.11$ años ($DE = 3.99$) con una duración de la menopausia de $M = 5.80$ meses ($DE = 4.42$). El 95% de las mujeres estaban casadas, el 80% eran amas de casa, el 16% eran analfabetas y el 16.3% tenían educación académica. Además, el 52% de las participantes tenían esposos empleados, mientras que el 77.3% eran propietarias de su vivienda. La puntuación media de la imagen corporal fue de $M = 163.07$ ($DE = 11.50$), con puntuaciones más altas para la cabeza y cara (67.36%) y más bajas para los órganos inferiores (58.43%).

La puntuación media de los síntomas menopáusicos, medida mediante la MRS, fue de $M = 37.38$ ($DE = 19.04$), siendo los síntomas más severos en el dominio somático (40.42%) y los menos severos en el urogenital (30.61%). El 49% de las mujeres reportaron síntomas graves. También se encontró que las dimensiones de la imagen corporal tienen correlaciones negativas significativas con la puntuación total y todos los dominios del MRS. Correlación positiva significativa entre la imagen corporal con el nivel educativo de las mujeres ($p < .001$, $r = .20$) y la suficiencia de los ingresos mensuales del hogar ($p < .001$, $r = .32$). La prueba t demostró puntuaciones más altas para la imagen corporal de las mujeres casadas en comparación con las mujeres viudas/solteras ($p = .036$), y para las mujeres empleadas en comparación con las mujeres amas de casa/jubiladas ($p = .007$).

Etapas de menopausia y depresión

Tang et al. (2019) realizaron un estudio de cohorte prospectivo de base comunitaria en China, con el objetivo de determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres chinas durante y después de la menopausia, así como los factores de riesgo asociados. El estudio incluyó datos de 430 mujeres que participaron en evaluaciones anuales de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) durante un seguimiento de 10 años, desde 2006 hasta 2015. Los hallazgos mostraron que la edad media de las participantes al inicio del estudio fue de $M = 52.47$ años ($DE = 6.36$) y la edad media de menopausia fue de $M = 50.4$ años ($DE = 3.2$).

Según los criterios STRAW+10, al inicio del estudio, el 16.3% de las participantes eran premenopáusicas, conforme paso el tiempo el 28.1% estaban en transición menopáusica y el 55.6% eran posmenopáusicas. La prevalencia de síntomas de depresión fue del 14.5% en la etapa premenopáusica, aumentando a 18.2% durante la transición menopáusica y 19.6% en la etapa posmenopáusica. Estos resultados concluyen que los síntomas depresivos aumentan a medida que las mujeres avanzan en las etapas de la menopausia. También se encontró en el análisis multivariable que el IMC es un factor de riesgo significativo para los síntomas de depresión ($p = .04$; $OR = 1.05$).

Alblooshi, Taylor y Gill (2023) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de determinar si la menopausia incrementa el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad diagnósticas, incluyendo 22 estudios. Los hallazgos mostraron que la transición menopáusica, particularmente durante las etapas peri y posmenopáusica, se asocia con un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, incluso en mujeres sin antecedentes; uno de los estudios reportó que este riesgo puede cuadruplicarse durante esta etapa. Asimismo, factores biológicos como los síntomas vasomotores (SVM), el insomnio y las enfermedades crónicas aumentan esta vulnerabilidad. Además, la insatisfacción con la imagen corporal derivada de los cambios físicos y la presencia de síntomas severos se relacionaron con un mayor deterioro del bienestar psicológico.

Imagen corporal, depresión, síntomas menopáusicos e IMC

Ling y Wang (2023) realizaron un estudio observacional de casos y controles en China, donde investigaron el efecto mediador del estado de ánimo depresivo y la imagen

corporal sobre los síntomas de la menopausia y la función sexual en 186 mujeres perimenopáusicas. Las participantes con puntuaciones del Índice de Función Sexual Femenina (DSF) < 26.55 fueron clasificadas en el grupo de disfunción sexual ($n = 134$), mientras que las demás formaron el grupo de control ($n = 52$). Los resultados mostraron que las puntuaciones de la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD) y la Evaluación de la Imagen Corporal (BIS) fueron significativamente más altas en el grupo FSD ($p < .05$), y se identificaron ingresos mensuales inferiores a 2000 yuanes, puntuaciones altas de HAMD y BIS como factores de riesgo independientes para la disfunción sexual ($p < .001$).

Las puntuaciones de BIS y HAMD fueron más bajas en los grupos leve y moderado en comparación con el grupo grave, mientras que las puntuaciones del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) fueron más altas en los grupos leve y moderado ($p < .017$). Además, se encontraron correlaciones positivas entre las puntuaciones de la (MRS) y BIS/HAMD ($r = .358$ y $.244$; $p < .001$), y negativas con FSFI ($r = -.433$; $p < .000$). El estado de ánimo depresivo y la imagen corporal actuaron como mediadores, representando el 39.90% del efecto total.

Autoeficacia y control de peso

Rodríguez-Rojas et al. (2023) realizaron un estudio transversal correlacional con el objetivo de evaluar la relación de la autoeficacia para el control del peso, en mujeres mexicanas. Incluyó a 174 mujeres, con o sin obesidad, inscritas en un centro de capacitación para el trabajo en las ciudades de Puebla y San Luis Potosí, México. Los resultados mostraron que el IMC promedio de las participantes fue de $M = 26.4$ ($DE = 4.5$), indicando sobrepeso. Se encontró que el 49.7% de las mujeres tenía niveles altos de autoeficacia para el control de peso, y que esta variable se asociaba significativamente con el IMC ($p = .001$). Específicamente, se observó que las mujeres con mayor autoeficacia tendían a presentar un IMC más bajo, lo que sugiere que la percepción de control sobre el peso podría influir en su gestión.

Autoeficacia y síntomas de menopausia

Weidner et al. (2020) realizaron un estudio transversal en Alemania con el objetivo de investigar la influencia de factores sociodemográficos y psicológicos en la percepción de los síntomas asociados a la menopausia, incluyendo la autoeficacia. El

estudio incluyó a 1350 mujeres de entre 14 y 95 años. En los resultados se encontró que el puntaje total de la Escala de Clasificación de la Menopausia (MRS) aumentaba con la edad y que la autoeficacia estaba negativamente asociada con la severidad de los síntomas menopáusicos ($p < .001$).

En mujeres perimenopáusicas, la baja autoeficacia se relacionó con una mayor percepción de sofocos y sudoración ($p = .02$). Además, se encontró un efecto de interacción entre el estrés percibido y la autoeficacia: en mujeres perimenopáusicas y mayores, la asociación entre el estrés y los síntomas menopáusicos fue más fuerte cuando la autoeficacia era baja ($p < .001$). Estos hallazgos sugieren que fortalecer la autoeficacia podría ser una estrategia clave para reducir la carga de síntomas menopáusicos y mejorar el bienestar psicológico en mujeres durante la transición menopáusica.

Autoeficacia relacionada con depresión y menopausia

Kuck y Hogervorst (2024) realizaron un estudio transversal con 272 mujeres para explorar la relación entre las quejas psicológicas (depresión, ansiedad, mala memoria) y las diferentes etapas de la menopausia, así como la correlación entre la resiliencia, la autoeficacia y el estrés percibido con dichas quejas psicológicas. Los resultados mostraron que la autoeficacia se correlacionó negativamente con los síntomas de depresión ($r = -.20, p < .001$), indicando que las mujeres con mayor autoeficacia experimentaron menos depresión.

Las mujeres en la perimenopausia temprana reportaron mayores niveles de depresión en comparación con las mujeres en etapas premenopáusica y posmenopáusica, aunque la autoeficacia siguió siendo un factor protector relevante en todas las etapas. Además, se encontró que la etapa de la menopausia influía en la percepción de síntomas depresivos, con las mujeres en la etapa perimenopáusica temprana reportando los niveles más altos de depresión ($p = .001$). Sin embargo, al incluir la edad como covariable, la etapa de la menopausia dejó de ser un predictor significativo de depresión, lo que indica que la edad podría ser un factor más relevante en la percepción de estos síntomas.

Autoeficacia relacionada con actividad física e ingesta alimentaria

Annesi y Stewart (2024) realizaron un estudio cuasi experimental en Estados Unidos con el objetivo de analizar los mecanismos de autorregulación y autoeficacia en

la pérdida de peso en mujeres adultas con obesidad. La muestra estuvo compuesta por 100 mujeres con un IMC igual o mayor a 30 kg/m², quienes participaron en un programa comunitario de tratamiento conductual de la obesidad. Los objetivos incluyeron evaluar los efectos del tratamiento sobre la pérdida de peso a corto (6 meses) y largo plazo (12 meses), así como las asociaciones entre los cambios en la autorregulación del ejercicio (SR-ex), la autorregulación de la alimentación (SR-eat) y la autoeficacia relacionada con la alimentación (SE-eat).

Los resultados mostraron una pérdida de peso significativa, con un promedio de -6.6 % a los 6 meses y -6.2 % a los 12 meses ($p < .001$), indicando un efecto moderado-alto. La autorregulación para el ejercicio aumentó significativamente en +11.89 puntos ($p < 0.001$), al igual que la autorregulación alimentaria con +9.41 puntos ($p < 0.001$) y la autoeficacia alimentaria con un incremento de +41.8 puntos ($p < .001$). Los hallazgos revelaron que el camino más efectivo para lograr la pérdida de peso fue: mejora en la autorregulación del ejercicio, que se transfirió a la autorregulación alimentaria, lo cual incrementó la autoeficacia y finalmente favoreció la pérdida de peso.

Kulak et al. (2023) realizaron un estudio correlacional transversal en Turquía con el objetivo de explorar la relación entre el ejercicio sostenible, la autoeficacia y la satisfacción con la vida en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. La muestra incluyó a 422 mujeres de entre 40 y 60 años, divididas en dos grupos: 215 premenopáusicas y 207 posmenopáusicas. Las participantes fueron clasificadas en activas (≥ 3 veces por semana, ≥ 45 minutos) e inactivas, con base en su práctica de ejercicio sostenible. Se utilizó la cual evalúa tres dimensiones: inicio de tareas, perseverancia y mantenimiento del esfuerzo, así como la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Los resultados mostraron que las mujeres posmenopáusicas físicamente activas presentaron significativamente mayores niveles de autoeficacia en todas sus dimensiones: inicio ($M = 4.87$ vs. 3.26 , $p = .01$), perseverancia ($M = 4.84$ vs. 3.31 , $p = .01$) y mantenimiento ($M = 4.87$ vs. 3.40 , $p = .01$), en comparación con las inactivas.

En contraste, no se observaron diferencias significativas en mujeres premenopáusicas según su nivel de actividad física. También se encontró que la edad se asociaba positivamente con la autoeficacia y la satisfacción vital ($r = .318$ a $.383$, $p < .01$). Estos hallazgos respaldan una retroalimentación positiva entre la conducta física

sostenida y la autoeficacia, lo cual sugiere que el ejercicio regular no solo mejora la percepción de capacidad personal, sino que también puede favorecer la adherencia a conductas saludables en mujeres posmenopáusicas.

Fallahipour et al. (2022) llevaron a cabo un estudio cuasiexperimental en Irán con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa basada en el Modelo Transteórico del Cambio (TTM) sobre la actividad física y los síntomas menopáusicos en mujeres posmenopáusicas. La muestra estuvo compuesta por 140 mujeres entre 45 y 59 años, divididas en grupo intervención ($n = 70$) y grupo control ($n = 70$). La intervención consistió en cinco sesiones educativas, aplicadas a usuarias de un centro de salud en la ciudad de Pasargad.

Los resultados indicaron una reducción significativa en los síntomas menopáusicos del grupo intervención, incluyendo síntomas físicos (-0.73 puntos, $p < .001$), depresión (-0.20 puntos, $p = .012$) y ansiedad (-0.40 puntos, $p < .001$), así como mejoras en sueño, dolor muscular e irritabilidad ($p < .01$). En contraste, el grupo control presentó un aumento en los síntomas psicológicos ($p < .05$). Asimismo, se observó un incremento significativo en la autoeficacia (+2.64 puntos, $p = .017$), así como en otras variables del modelo, como el balance decisional y la percepción de beneficios del ejercicio ($p < .05$), y en procesos de cambio como la conciencia, la auto reevaluación y la reevaluación ambiental ($p < .001$). Este estudio proporciona evidencia sólida de cómo una intervención educativa puede aumentar la actividad física, reducir la depresión y fortalecer la autoeficacia, lo cual demuestra la interrelación positiva entre estos factores en el bienestar de mujeres posmenopáusicas.

La evidencia científica revisada proviene de países como Brasil, China, Irán, Reino Unido, Polonia, Canadá, Australia, Alemania y México. Se ha encontrado que existe una relación entre la percepción negativa de la imagen corporal, el aumento de peso, los síntomas depresivos y la autoeficacia en mujeres en diferentes etapas de la menopausia. Además, la autoeficacia ha sido identificada como un factor protector frente a síntomas depresivos y psicológicos graves. Sin embargo, aún falta conocer cómo interactúan estas variables entre sí de forma conjunta, particularmente en mujeres mexicanas, donde los estudios son escasos y los niveles de sobrepeso y obesidad son elevados (Knight et al., 2022; Kuck & Hogervorst, 2024; Krajewska-Ferishah et al.,

2022; Ling & Wang, 2023; Medeiros et al., 2024; Simbar et al., 2020; Szymona-Pałkowska et al., 2019; Vincent et al., 2023).

Marco Teórico

A continuación, se describe el modelo que sustenta esta investigación, a partir de esta estructura, se ofrecerá definiciones detalladas de cada variable y se presentará un esquema conceptual adaptado a la teoría, para fundamentar la investigación.

El Modelo Conceptual de Riesgo Psicosocial y Factores de Protección para el Aumento Excesivo de Peso Gestacional de Hill et al. (2013) el cual está basado en la Teoría Cognitiva Social ([SCT]; Bandura, 2001), el Modelo de Creencias de Salud ([MCS]; Rosenstock, 1974) y el Modelo Transteórico ([MTT]; Prochaska & DiClemente, 1983), constituyó el punto de partida para la identificación de constructos relacionados con el cambio de peso en mujeres en climaterio. Sin embargo, dada la naturaleza distinta del climaterio, dichos constructos serán reevaluados y reorganizados en función de la evidencia específica de esta etapa de la vida.

El modelo de Hill et al. (2013) plantea cómo los factores psicosociales interactúan (mediación / moderación) para influir en la conducta y, en última instancia, en el peso. Este modelo identifica y explica los factores psicosociales que influyen para mantener un peso corporal adecuado, centrándose en factores de riesgo (como la depresión y el estrés) y factores de protección (como el apoyo social y la motivación). Explora la motivación para modificar conductas relacionadas con el control de peso en términos de: (1) factores psicológicos, demográficos, familiares y cognitivos; (2) constructos de cambio en conductas de salud; y (3) impacto en el aumento de peso.

Los cuatro conceptos centrales de Hill (factores de riesgo, mediadores, conductas energéticas, balance calórico, resultado ponderal), siguen siendo pertinentes en mujeres en menopausia; sin embargo, se adaptará el contexto biológico y psicosocial que viven específicamente las mujeres en el climaterio como la transición hormonal y los roles sociales del climaterio como nuevos “factores condicionantes”. El modelo de Hill et al. (2013) parte de la premisa de que las conductas energéticas, ingesta y actividad física, no se deciden en el vacío, sino dentro de un entramado psicosocial que puede reforzar o contrarrestar la tendencia al aumento de peso excesivo.

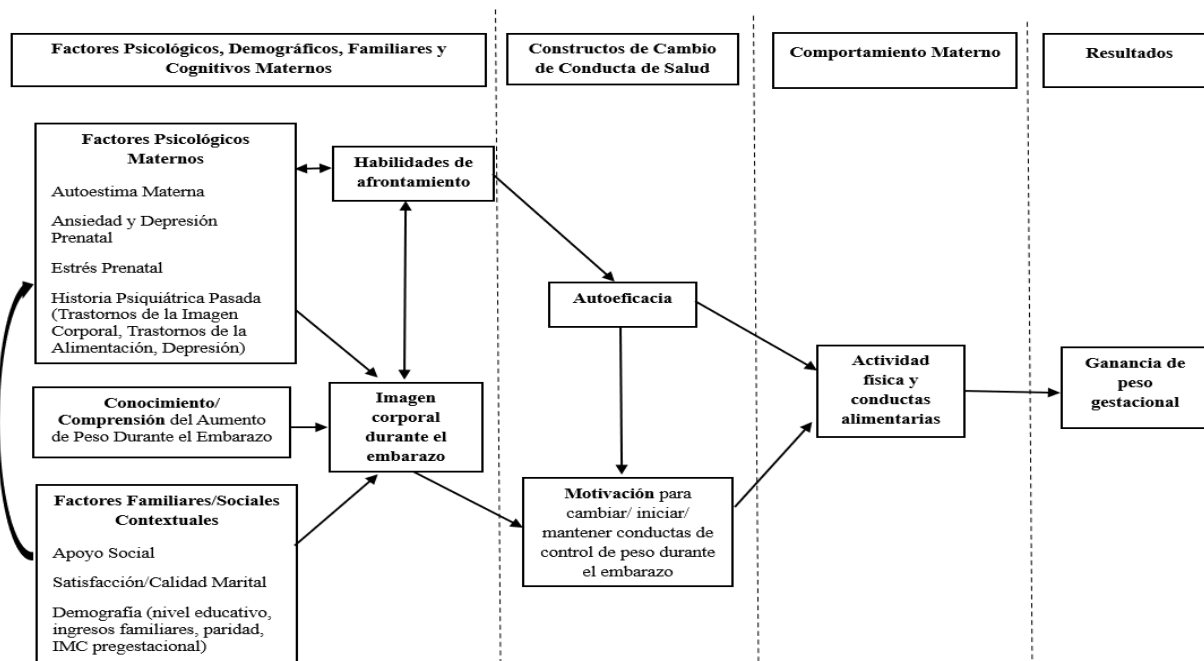
Estructura Conceptual Teórica Empírica

Se realizó una derivación teórica guiada por la estructura CTE (Conceptual-Teórico-Empírico) de Fawcett (2009) para formular el modelo psicosocial para el manejo del peso en mujeres en menopausia.

El modelo de Hill et al. (2013), que se muestra en la figura 1, se diseñó para explicar el aumento excesivo de peso gestacional, se ha ajustado al contexto de las mujeres en etapa de menopausia, ya que ambas poblaciones atraviesan transiciones fisiológicas significativas marcadas por fluctuaciones hormonales, cambios corporales y desafíos psicológicos. Al igual que en el embarazo, durante el climaterio y la menopausia ocurren alteraciones endocrinas (especialmente la disminución de los niveles de estrógenos) que impactan en la distribución de grasa corporal, el estado de ánimo, el sueño y la percepción de la imagen corporal (Beckmann & Ling, 2019; Sánchez-Prieto et al., 2023).

Estas transformaciones pueden afectar la autoeficacia y la motivación para mantener conductas saludables, como la actividad física y la alimentación, lo cual justifica conceptualmente la aplicación de un modelo que contemple trayectorias desde factores psicológicos hasta conductas reguladoras y resultados como el peso corporal. Así, la estructura teórica de Hill et al. (2013), centrada en factores de riesgo, autorregulación y conductas energéticas, se alinea adecuadamente con las necesidades de análisis en mujeres menopáusicas, al integrar variables psicológicas, conductuales y contextuales en una etapa de transición crítica.

Figura 1. Modelo conceptual de riesgo psicosocial y factores de protección para el aumento excesivo de peso gestacional de Hill et al. (2013).



El modelo de Hill et al. (2013) propone que los aspectos psicológicos, demográficos, cognitivos y familiares, influyen en la imagen corporal positiva o negativa y por lo tanto afectara el peso y a las habilidades de afrontamiento. Estos, a su vez, influyen en la autoeficacia y la motivación para iniciar, cambiar o mantener conductas relacionadas con el control del peso. En este sentido, la presente investigación incorpora como conductas energéticas clave a la actividad física y la ingesta alimentaria, las cuales representan el mecanismo mediante el cual los factores psicológicos impactan en el peso. La autoeficacia será evaluada específicamente en relación con estas dos conductas, es decir, con la confianza de las mujeres en su capacidad para realizar actividad física regular y mantener hábitos alimentarios saludables. De esta forma, se da cumplimiento al trayecto planteado en el modelo original: factores de riesgo → autorregulación → conducta → resultado (peso corporal).

Asimismo, se reconoce la posible influencia de variables moduladoras, como la edad, etapa de la menopausia, sintomatología climatérica, nivel socioeconómico y apoyo social, las cuales pueden alterar la intensidad o dirección de las relaciones entre los factores psicológicos, las conductas energéticas y el peso corporal. Para el presente

estudio, se retomarán los conceptos anteriormente señalados, los cuales se detallan a continuación.

Imagen corporal

La imagen corporal, se refiere a cómo una persona representa internamente su propio cuerpo, sin tener en cuenta su apariencia física real (Medeiros et al., 2024). Este concepto es complejo e incluye autoevaluaciones, pensamientos, emociones, recuerdos, fantasías y comportamientos relacionados con el cuerpo, tanto de manera consciente como inconsciente. La forma en que una persona visualiza su propio cuerpo y cómo piensa que es visto por los demás también forman parte de esta percepción. Factores como el género y las normas sociales juegan un papel importante en la formación de la idea del cuerpo ideal. Una imagen corporal negativa puede desarrollarse cuando una persona se preocupa en exceso por imperfecciones que considera en su apariencia (Mallaram, 2023).

Este desafío se intensifica en el periodo menopáusico, donde la imagen corporal se convierte en una fuente significativa de malestar, angustia, pérdida de identidad y disminución de la autoestima, afectando negativamente la calidad de vida de las mujeres. Los estereotipos asociados con la edad y la autopercepción del envejecimiento agravan aún más esta percepción negativa, influyendo en cómo las mujeres se ven a sí mismas (Rivera-Ochoa et al., 2022).

La menopausia es una etapa complicada y desafiante en la vida de una mujer, este proceso representa una experiencia nueva, acompañada de múltiples estímulos negativos. Por lo tanto, es completamente comprensible la atención que se presta a los aspectos físicos y mentales del cuerpo durante este periodo. Los cambios físicos asociados con el envejecimiento no solo afectan la apariencia, sino que también impactan negativamente la salud psicológica y la autoaceptación de las mujeres (Szymona-Palkowska et al., 2019). En esta etapa, a menudo se presenta con síntomas que afectan el bienestar mental y la salud general de las mujeres, incluyendo una mayor predisposición a la depresión (Krajewska-Ferishah et al., 2022).

Síntomas depresivos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5] de la American Psychiatric Association (2013), se refiere a cualquiera de los trastornos

depresivos. Estos trastornos están caracterizados por síntomas depresivos como una tristeza tan intensa o prolongada que afecta la manera que una persona funciona en su vida diaria. También puede implicar una pérdida de interés o placer en las actividades. La depresión es un trastorno del estado de ánimo que aparece cuando una persona presenta cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas, representando un cambio del funcionamiento previo con al menos un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de placer:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida o aumento importante de peso sin hacer dieta; disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte o ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Para que sea considerada como depresión, los síntomas deben generar un malestar notable o afectar de manera importante las relaciones sociales, el trabajo u otras áreas de la vida, y el episodio no se debe a los efectos de alguna sustancia o alguna otra condición médica.

La transición a la menopausia suele ir acompañada de varios síntomas psicológicos, siendo los síntomas depresivos unos de los más comunes. Los estrógenos, especialmente el estradiol (E2), son fundamentales para regular el estado de ánimo en las mujeres. Su disminución durante esta etapa se asocia con una reducción en la producción de serotonina, un neurotransmisor clave en el manejo de trastornos del estado de ánimo. Además, también influye en otros neurotransmisores como la

dopamina, relacionada con la motivación y el placer, y el glutamato, que es importante para la excitación neuronal. La reducción de E2 puede afectar la actividad de estos neurotransmisores, lo que impacta negativamente en las emociones y la capacidad de experimentar placer.

Estos cambios hormonales pueden alterar las respuestas de cortisol y serotonina, contribuyendo a los síntomas depresivos durante la menopausia. La suplementación de estrógenos ha demostrado mejorar estos síntomas en mujeres en esta etapa (Sánchez-Prieto, 2023). Además, estudios recientes han mostrado que la prevalencia de la depresión en mujeres menopáusicas varía significativamente, oscilando entre el 12.4% y el 55%, dependiendo de la gravedad de los síntomas y la etapa específica de la menopausia (Alblooshi, Taylor & Gill, 2023; Krajewska-Ferishah et al., 2022; Ling & Wang, 2023; Simbar et al., 2020; Tang et al., 2019).

Esta variación en la prevalencia resalta la importancia de factores que pueden influir en los síntomas depresivos, uno de ellos a parte de la percepción de imagen corporal y el peso puede ser la autoeficacia, como menciona Galicia-Moyeda et al. (2013) en su investigación en adolescentes encontraron una relación inversa entre depresión y autoeficacia, mostrando que quienes experimentan niveles bajos de depresión tienden a tener mayores puntajes de autoeficacia. Este hallazgo puede de igual manera ser relevante al aplicarse en mujeres en menopausia, quienes, al presentar síntomas depresivos, podrían ver afectada su percepción de competencia en diferentes áreas, impactando así su adaptación y calidad de vida durante esta etapa.

Autoeficacia

La autoeficacia se refiere a la confianza que una persona tiene en su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para afrontar y manejar situaciones futuras. Esta creencia influye en diversos aspectos del comportamiento, como la elección de actividades, la persistencia frente a dificultades y el esfuerzo invertido para alcanzar metas, modulando también la respuesta ante los desafíos (Bandura, 1978). En el contexto de la salud femenina, especialmente durante la menopausia, la autoeficacia adquiere un papel central en la regulación del peso, el bienestar físico y emocional, y la adopción de estilos de vida saludables. Se ha observado que una mayor autoeficacia para el control del peso se asocia con un menor IMC (Rodríguez-Rojas et al., 2023), así como

con una menor intensidad de síntomas menopáusicos, como sofocos y sudoración (Weidner et al., 2020).

Además, se ha identificado una relación inversa entre autoeficacia y síntomas depresivos, lo que sugiere que las mujeres que perciben mayor control sobre su bienestar emocional experimentan una menor carga psicológica durante esta etapa (Kuck & Hogervorst, 2024). De manera específica, la autoeficacia en la ingesta alimentaria se refiere a la capacidad percibida para seleccionar alimentos adecuados, controlar porciones, resistir impulsos frente a opciones no saludables y mantener la adherencia a un plan nutricional, incluso ante barreras como el estrés o la fatiga.

Por su parte, la autoeficacia en la actividad física implica la confianza para iniciar y mantener una rutina de ejercicio, superar el desánimo, organizar el tiempo y enfrentar molestias físicas propias de la transición menopáusica. Estas formas de autoeficacia resultan fundamentales para implementar y sostener conductas saludables, especialmente en un periodo en el que se presentan cambios fisiológicos como la disminución del gasto energético basal, el aumento del tejido adiposo visceral, y alteraciones en el sueño y la masa ósea (Erdélyi et al., 2023).

Peso corporal

Es el resultado de la aplicación de las conductas de autoeficacia de actividad física y alimentación. Se refiere a la masa total del cuerpo humano, abarcando componentes como agua, grasa, proteínas, minerales, entre otros y se emplea comúnmente como un indicador del estado de salud y nutrición. El IMC y la medida del perímetro abdominal son métodos utilizados para evaluar el estado de peso y su relación con el riesgo potencial de desarrollar enfermedades. El IMC se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos entre el cuadrado de su altura en metros. Para adultos de 20 años en adelante, se clasifican los resultados en categorías de estado de peso: menos de 18.5 se considera bajo peso, entre 18.5 y 24.9 es un peso normal, de 25.0 a 29.9 indica sobrepeso, y 30.0 o más se clasifica como obesidad (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024).

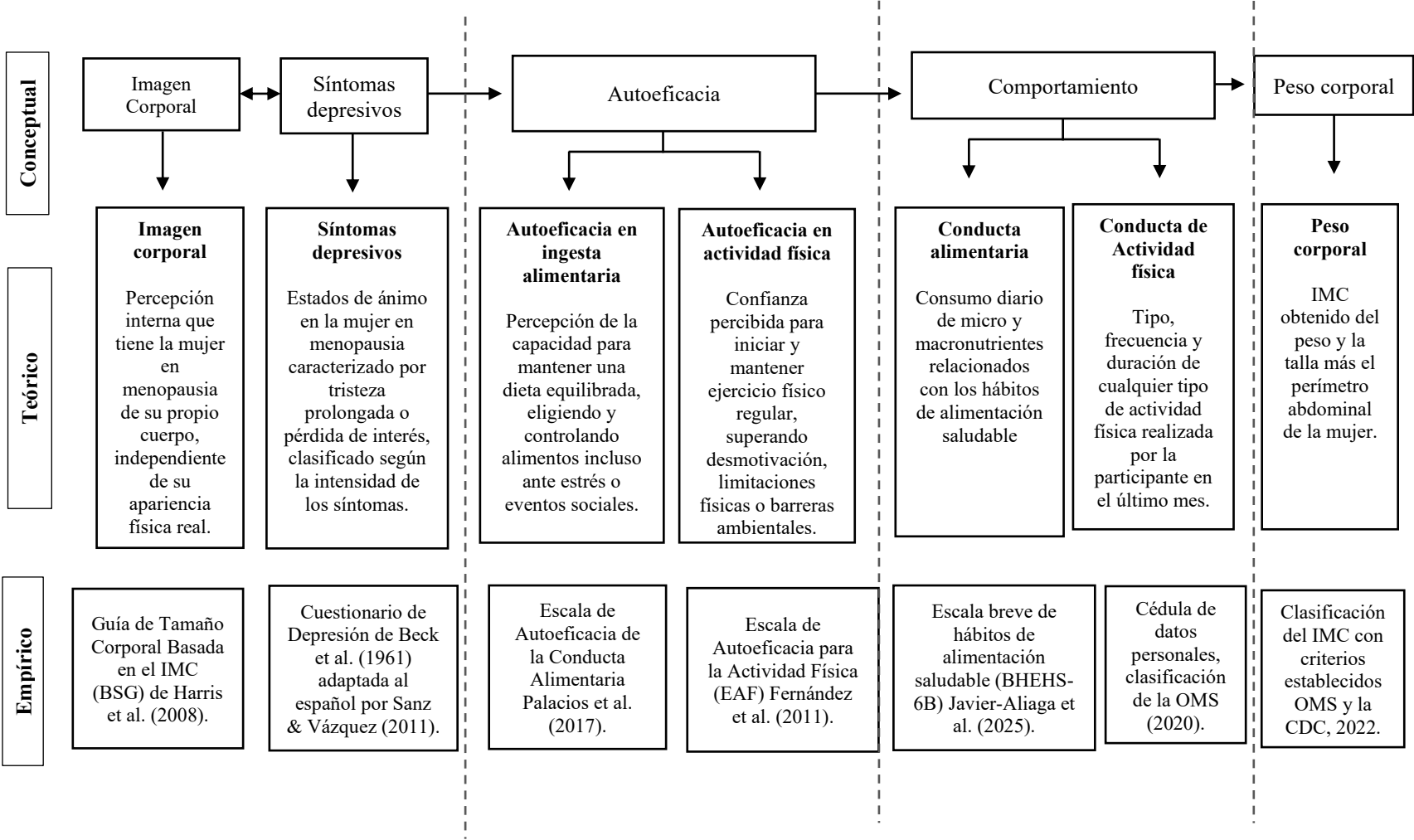
Y con respecto a la medición del perímetro abdominal la OMS en un informe del 2011 indica que en mujeres un perímetro < 80 cm se considera normal o sin riesgo, ≥ 80 cm indica un riesgo aumentado, y ≥ 88 cm indica un riesgo significativamente alto de

enfermedad crónica. Con respecto al peso corporal no es solo una preocupación estética, sino que el aumento excesivo de peso se asocia con numerosas condiciones de salud, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes y varios tipos de cáncer, lo que la convierte en una causa principal de mortalidad y morbilidad (Knight et al., 2021). La prevalencia del sobrepeso y la obesidad es una característica bien reconocida durante la transición de la menopausia, acompañada de pérdidas importantes de tejidos magros, como el músculo y el hueso (Simpson et al., 2023).

Clasificación de etapas de menopausia

La *menopausia* es un proceso biológico natural que se presenta en etapas, ocurre en mujeres que cumplan con uno de los siguientes criterios: *Perimenopausia (transición o climaterio)*: Presencia de irregularidades menstruales en mujeres de la misma franja de edad, con presencia o ausencia de síntomas. *Menopausia*: Ausencia de menstruación durante al menos 12 meses consecutivos, sin intervención médica o factores externos, puede ir acompañada de síntomas físicos o psicológicos. *Posmenopausia*: Mujeres que hayan pasado más de 12 meses sin menstruación, con o sin síntomas menopáusicos. Esta categorización permitirá clasificar a las participantes en una de las tres etapas de la menopausia gracias a la clasificación STRAW+10 adaptada, con base en su historial menstrual que se obtendrá de la cedula de datos personales y se utilizará el instrumento de Evaluación de Síntomas Menopáusicos (MRS) para valoración de los síntomas.

Figura 2. Esquema de Conceptual – teórico - empírico. Elaboración propia, 2025



Justificación

La menopausia constituye una etapa del ciclo vital de la mujer caracterizada por la disminución sostenida de estrógenos y la pérdida de función folicular, lo que conlleva cambios fisiológicos, psicológicos y sociales significativos. En la evidencia científica revisada, proveniente de diversos contextos socioculturales (Brasil, China, Irán, Reino Unido, Europa, Polonia, Canadá, Australia, Alemania y México), muestra una relación compleja entre la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia y el peso corporal en mujeres que atraviesan distintas etapas de la menopausia (Knight et al., 2022; Krajewska-Ferishah et al., 2022; Ling y Wang, 2023; Medeiros et al., 2024; Simbar et al., 2020; Szymona et al., 2019; Vincent et al., 2023).

Se ha encontrado que el temor al aumento de peso es una de las principales preocupaciones en esta etapa, y que existe una relación entre la menopausia y el incremento de peso (Medeiros et al., 2024). Este aumento no solo afecta la salud física, sino también la mental, ya que se observa una alta insatisfacción con la imagen corporal, especialmente en mujeres con sobrepeso (Szymona-Pałkowska et al., 2019). La insatisfacción corporal es más común en mujeres jóvenes que atraviesan la perimenopausia, mientras que un IMC elevado y una percepción negativa del cuerpo son predictores significativos de síntomas depresivos, particularmente en mujeres con síntomas menopáusicos graves (Krajewska-Ferishah et al., 2022; Simbar et al., 2020).

Algunos estudios, sin embargo, muestran variaciones o contradicciones sobre en qué etapa de la menopausia la insatisfacción corporal, la depresión y los síntomas son más frecuentes (Szymona-Pałkowska et al., 2019; Vincent et al., 2023). Además, las diferencias culturales y económicas juegan un papel importante en esta relación. Aunque existen investigaciones que abordan estas variables, la mayoría las examina por separado y no explora cómo interactúan entre sí (Knight et al., 2022; Ling & Wang, 2023). La autoeficacia, por su parte, se ha identificado como un factor protector en el control del peso en mujeres mexicanas y como un influente significativo en la gravedad de los síntomas menopáusicos (Kuck & Hogervorst, 2024; Medeiros et al., 2024). Estudios indican que, a menor autoeficacia, mayor es la intensidad de los síntomas; por el contrario, una mayor autoeficacia se asocia con una menor incidencia de depresión y

síntomas psicológicos graves, sin importar la etapa de la menopausia (Medeiros et al., 2024; Simbar et al., 2020).

A pesar de la relevancia de estos temas, la mayoría de los estudios sobre mujeres en la menopausia se han realizado en Asia y Europa, dejando un vacío en el contexto mexicano, donde se observan altos índices de sobrepeso y obesidad. Considerando que hasta ahora los estudios han examinado estas variables por separado, es importante investigar cómo se relacionan en mujeres mexicanas en estas etapas y cómo la autoeficacia podría actuar como un factor protector en esta población (Krajewska-Ferishah et al., 2022; Vincent et al., 2023).

Desde la perspectiva de enfermería, esta investigación resulta especialmente relevante debido a que el profesional de enfermería desempeña un papel clave en el acompañamiento, la educación y el empoderamiento de las mujeres durante la transición menopáusica. En contextos donde la imagen corporal, el estado de ánimo y la autoeficacia influyen en el comportamiento de salud y el peso corporal, el personal de enfermería se encuentra en una posición estratégica para desarrollar intervenciones centradas en la persona, con un enfoque preventivo y de autocuidado. La enfermería no solo detecta signos y síntomas físicos o emocionales asociados a esta etapa, sino que también puede evaluar factores psicosociales como la autoimagen, la motivación y la percepción de control sobre la salud, que son elementos clave para promover cambios conductuales sostenibles.

Mediante intervenciones educativas, consejería y programas de promoción de estilos de vida saludables, la enfermería puede fomentar la autoeficacia, reducir el impacto de los síntomas depresivos y mejorar la percepción corporal, contribuyendo así a una mejor calidad de vida durante esta etapa del ciclo vital. Esta tesis, al estudiar las interacciones entre estos factores, ofrece evidencia útil para fundamentar intervenciones de enfermería más integrales, sensibles y culturalmente pertinentes en mujeres mexicanas en menopausia.

Definición de términos

La *imagen corporal* se refiere a la percepción interna que tiene la mujer en menopausia de su propio cuerpo y tamaño corporal, independientemente de su

apariciencia física real. Para su evaluación, se utilizará la Guía de Tamaño Corporal Basada en el IMC (BSG) de Harris et al. (2008).

Los *síntomas depresivos* son la presencia de estados de ánimo en la mujer en menopausia caracterizado por tristeza prolongada o pérdida de interés, clasificado según la intensidad de los síntomas y será medida con el Inventario de Depresión de Beck et al. (1961) adaptada al español por Sanz & Vázquez (2011).

La *Autoeficacia en ingesta alimentaria* será la percepción de la mujer sobre su capacidad para seleccionar alimentos saludables, controlar porciones, resistir el consumo de alimentos poco nutritivos y mantener una dieta equilibrada, aun frente a situaciones de estrés, cansancio o eventos sociales y será medida con la Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria de Palacios et al. (2017).

La *Autoeficacia en actividad física* será la confianza percibida para iniciar y mantener rutinas de ejercicio físico regular, superar la falta de motivación, reorganizar su tiempo y continuar con la práctica a pesar de molestias físicas o barreras ambientales y será medida con la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF) Fernández et al. (2011).

La *conducta alimentaria* serán el consumo diario de micro y macronutrientes relacionados con los hábitos de alimentación saludable y serán medidos con la Escala breve de hábitos de alimentación saludable (BHEHS-6B) Javier-Aliaga et al. (2025).

La *conducta de actividad física* serán el tipo, frecuencia y duración de cualquier tipo de actividad física a realizada por la participante en el último mes, siendo de forma dicotómica en la cédula de datos personales: “sí” si realiza actividad física de manera regular (al menos 1 vez por semana) y “no” si no realiza ninguna, según la OMS (2020) recomienda que sea de 150 a 300 minutos de intensidad moderada a la semana.

El *IMC* será evaluado mediante la medición del peso y la talla de las participantes. El *peso* se medirá con una báscula digital, registrándose en kilogramos. La altura se medirá con un estadiómetro, registrándose en metros. Con estos datos se calculará el IMC utilizando la fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 (\text{m}^2)$. La clasificación del IMC seguirá los criterios establecidos por la OMS y los CDC (2024), agrupándose en las siguientes categorías: bajo peso (< 18.5), peso normal ($18.5 - 24.9$), sobrepeso ($25.0 - 29.9$) y obesidad (≥ 30.0).

El *perímetro abdominal* es la medición alrededor del abdomen para estimar la grasa corporal acumulada en esta zona, se medirá con una cinta métrica y se registrará en centímetros. Se considerará normal o sin riesgo de enfermedades crónicas a mujeres con medición de perímetro abdominal < 80 cm, con riesgo elevado para las mujeres con ≥ 80 cm y un riesgo significativamente alto con ≥ 88 cm, según la OMS en 2011 y la International Agency for Research on Cancer [IARC] (2025).

Datos sociodemográficos que caracterizan a las participantes

La *edad* será el número de años cumplidos por la participante al momento de responder la encuesta, la cual será de autorreporte.

El *estado civil* será la situación conyugal de la participante al momento de la encuesta con las siguientes opciones: soltera, casada, divorciada, viuda o en unión libre.

La *educación formal* es el total de años de escolaridad formal completados por la participante al momento de responder la encuesta, la cual será de autorreporte.

El *ingreso económico* será el ingreso mensual aproximado autorreportado por la participante. Se clasificará en tres categorías: Menos de \$5,000 MXN, \$5,000 a \$10,000 MXN y Más de \$10,000 MXN.

La *presencia de enfermedades crónicas* será la afirmación de la participante de haber sido diagnosticada por un médico sobre la existencia de alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, renales, etc. diagnosticadas médicamente al momento de la encuesta.

Los *síntomas menopáusicos* se refieren a los signos y síntomas físicos, vasomotores, psicológicos y urogenitales que refiere experimentar la participante en el último año relacionada con la menopausia. Se medirán con la escala de Evaluación de Síntomas Menopáusicos (MRS) de Heinemann et al. (2004).

Estos datos sociodemográficos serán medidos en la Cédula de datos personales con autorreporte.

Objetivo General

Determinar si la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia para la ingesta alimentaria y la actividad física, así como sus conductas, se asocian con el IMC y perímetro abdominal en mujeres en etapa de menopausia.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas, clínicas y de menopausia.
2. Determinar la relación entre imagen corporal, síntomas depresivos y autoeficacia de ingesta alimentaria y actividad física.
3. Determinar la relación entre autoeficacia de ingesta alimentaria y actividad física con la conducta alimentaria y de actividad física.
4. Analizar la relación entre la conducta alimentaria y actividad física con el IMC y el perímetro abdominal.

Material y Métodos

En el presente capítulo se describe el diseño de estudio, la población, el tipo de muestreo, el tamaño de la muestra, el procedimiento para la recolección de datos, los criterios de inclusión y exclusión, la descripción de los instrumentos utilizados para medir las variables, las consideraciones éticas y el análisis estadístico.

Diseño de Estudio

El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. Se considera descriptivo porque solo describe la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia, las conductas y el peso corporal en mujeres en periodo de menopausia, sin manipulación de variables. Es correlacional porque busca la relación entre las distintas variables medidas en las mujeres y transversal porque se recogieron datos sobre las variables en un solo momento (Grove & Gray, 2019; Hernández & Mendoza, 2024).

Población, Muestra y Muestreo

La población de estudio estuvo conformada por mujeres residentes del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, con edades entre 40 a 65 años que se encuentren cursando el proceso de menopausia de acuerdo con la categorización establecida por el sistema de clasificación estandarizado para el envejecimiento reproductivo femenino, STRAW+10.

El tamaño de la muestra se determinó utilizando el paquete estadístico G Power 3.1, considerando un nivel de significancia de .05, una potencia del 90%, un tamaño del efecto de 0.06 y una tasa de no respuesta del 30%, lo que arrojó un tamaño de muestra de 300 mujeres.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, mediante invitación directa. Participaron mujeres que fueron invitadas a formar parte del estudio, incluyendo usuarias que acudían a consulta en centros universitarios de salud, acompañantes de pacientes, trabajadoras y personal administrativo en dichos centros, así como mujeres de la población general. Las invitaciones se realizaron de manera presencial en los centros de salud participantes y a través de medios digitales, como publicaciones en grupos comunitarios de colonias en redes sociales.

Criterios de Inclusión

Que sepa leer y escribir el idioma español. Que pueda mantener el equilibrio estando de pie, para realizar mediciones antropométricas. Que de acuerdo con las preguntas filtro que serán: ¿Me podría indicar su edad, por favor?, ¿Actualmente existe la posibilidad de embarazo?, cumpla con los criterios para estar en alguna etapa de menopausia.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron del estudio a las mujeres que presentaban o tenían diagnóstico clínico de trastornos mentales severos (por ejemplo, depresión mayor, trastorno bipolar o esquizofrenia), debido a que estas condiciones pueden interferir con las variables psicológicas analizadas.

Instrumentos de Medición

En este apartado se describen los instrumentos utilizados para medir las variables del estudio.

Para la recolección de variables sociodemográficas, se aplicó la Cédula de Datos Personales (Anexo 2), la cual consta de 18 ítems organizados en tres secciones. La primera sección corresponde a datos personales e incluye 10 ítems orientados a obtener información sobre edad, estado civil, años de escolaridad, ocupación, ingreso mensual aproximado, antecedentes de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, enfermedades oncológicas u otras) y aspectos relacionados con la conducta de actividad física.

La segunda sección, denominada datos sobre el periodo menstrual, incluye 4 ítems destinados a obtener información para clasificar la etapa de menopausia de acuerdo con la clasificación STRAW+10 (Anexo 6). Esta sección contempla preguntas relacionadas con el tiempo transcurrido desde la última menstruación, la duración de los ciclos menstruales en los últimos meses, la presencia o ausencia de menstruación y el uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH).

Finalmente, la tercera sección fue completada por el investigador e incluyó 4 ítems correspondientes a la medición del peso (kg) (Anexo 3), estatura (m) (Anexo 4), perímetro abdominal (cm) (Anexo 5) y el cálculo del índice de masa corporal (IMC).

La escala STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop +10) (Anexo 6) es un sistema clínico de estadificación diseñado para describir y clasificar las fases del envejecimiento reproductivo femenino. Se basa principalmente en los cambios menstruales y síntomas clínicos, complementados por perfiles hormonales, y constituye el marco de referencia internacional más utilizado para caracterizar la transición menopáusica y la posmenopausia. Las instrucciones del STRAW+10 indican que las mujeres deben ser clasificadas de acuerdo con la variabilidad en la duración de los ciclos menstruales y la presencia de amenorrea, siguiendo criterios estandarizados: transición temprana (variación persistente >7 días en la duración del ciclo), transición tardía (amenorrea ≥ 60 días), y posmenopausia (amenorrea ≥ 12 meses), subdividida en etapas +1a, +1b, +1c y +2 según los años transcurridos desde la última menstruación.

En México, Ortiz-Luna et al. (2020) en un estudio con 741 mujeres peri y posmenopáusicas mostró que STRAW+10 permite describir diferencias demográficas, bioquímicas y sintomáticas entre etapas, identificando mayor prevalencia de síntomas como bochornos, resequedad vaginal, insomnio y dispareunia en la transición y posmenopausia temprana, así como comorbilidades como hipertensión, obesidad y diabetes en la posmenopausia tardía.

Para la clasificación de la menopausia, se utilizará una adaptación de la escala STRAW+10 (Anexo 6). Esta clasificación se basó en la propuesta de Ortiz-Luna et al. (2020) y divide la vida reproductiva de la mujer en tres fases: reproductiva, transición a la menopausia y posmenopausia. En este estudio, la clasificación de la menopausia será exclusivamente con criterios clínicos, considerando cambios en el ciclo menstrual y la presencia de SVM. No serán incluidos mediciones de laboratorio (como niveles de FSH o estradiol) en la determinación del estadio menopáusico. Clasificándose en perimenopausia (transición menopausia), menopausia y posmenopausia.

Para evaluar la imagen corporal se utilizó la *Guía de Tamaño Corporal Basada en el IMC (BSG)* (Anexo 7) la cual es un instrumento pictórico diseñado por Harris et al. (2008) para evaluar la percepción de la imagen corporal y la autopercepción del estado de peso en función del IMC, consta de una serie de 10 imágenes de cuerpos que representan distintas categorías, desde bajo peso hasta obesidad clase III. Las instrucciones indican que los participantes deben seleccionar la imagen que mejor refleje

su estado actual y la imagen que represente el cuerpo que desearían tener. Para ello, las imágenes de cuerpos con un IMC menor a 18.5 se identifican como de bajo peso; aquellas con un IMC entre 18.5 y 24.9 como de peso normal; las imágenes con un IMC entre 25 y 29.9 como de sobrepeso; y aquellas con un IMC de 30 o más como obesidad, subdividiéndose en obesidad Clase I (IMC 30-34.9), obesidad Clase II (IMC 35-39.9) y obesidad Clase III (IMC 40 o más).

En cuanto a la validez y confiabilidad del BSG como herramienta eficaz para evaluar la percepción del estado de peso y la imagen corporal, en un estudio con 400 adultos, Harris et al. (2008) encontraron una alta valoración entre el IMC medido y el IMC percibido (0.94 en hombres y 0.86 en mujeres; $p < .001$), así como entre el IMC auto informado y el IMC percibido (0.86 en hombres y 0.88 en mujeres; $p < .001$). Además, a pesar de un intervalo de prueba de seis meses, el análisis test-pretest mostró correlaciones de 0.91 para la percepción del cuerpo actual y de 0.77 para la percepción del cuerpo ideal ($p < .001$), lo que confirma la estabilidad del instrumento a lo largo del tiempo. Estos hallazgos respaldan la validez y confiabilidad del BSG como una herramienta efectiva para evaluar la percepción del estado de peso y la imagen corporal.

El *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)* (Anexo 8) es un cuestionario autoadministrado compuesto por 21 ítems con formato de respuesta tipo Likert. Tanto la versión original como sus adaptaciones constituyen una de las herramientas más utilizadas para identificar y evaluar la severidad de los síntomas depresivos. Las instrucciones del BDI-II indican que las participantes deben seleccionar las afirmaciones que mejor describan su estado durante las últimas dos semanas, incluido el día de la aplicación, siguiendo los criterios establecidos para depresión mayor del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (2013). Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 3; sin embargo, los ítems 16 (patrón de sueño) y 18 (apetito) presentan siete opciones de respuesta.

En caso de seleccionar más de una opción en un mismo reactivo, se considera la puntuación más alta. La puntuación total oscila entre 0 y 63 puntos y se interpreta de la siguiente manera: depresión mínima (0–13), leve (14–19), moderada (20–28) y grave (29–63). El BDI-II ha sido ampliamente utilizado en distintas poblaciones y contextos culturales, mostrando adecuados niveles de confiabilidad. En Perú, Vega-Dienstmaier,

Coronado-Molina y Mazzotti (2014) evaluaron la validez de la versión en español en pacientes hospitalizados de medicina general y reportaron una consistencia interna de $\alpha = .88$. De igual forma, Simbar et al. (2020) aplicaron la versión persa en 307 mujeres posmenopáusicas en centros de salud de Teherán, obteniendo una consistencia interna de $\alpha = .93$. Asimismo, Krajewska-Ferishah et al. (2022) respaldaron el uso del BDI-II en mujeres mayores de 40 años pertenecientes a distintos países europeos.

Para evaluar la *autoeficacia alimentaria* se utilizó la Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria (Anexo 9), elaborada por Palacios et al. (2017) para medir la capacidad percibida de las personas para disminuir el consumo de alimentos altos en grasa y azúcares, así como aumentar la ingesta de alimentos saludables. El instrumento consta de 21 ítems organizados en cuatro factores: alimentos altos en grasa, alimentos saludables, alimentos dulces y bebidas. Cada ítem se responde en una escala de 1 (nada capaz) a 10 (muy capaz), obteniendo un puntaje total que va de 21 a 210 y uno por cada factor; a mayor puntuación, mayor es la autoeficacia percibida. El instrumento mostró una alta consistencia interna de $\alpha = 0.93$, al ser aplicado a población mexicana de entre 14 a 74 años, también se obtuvo una validez factorial respaldada por un índice KMO de 0.928, explicando el 54.3% de la varianza.

Para evaluar la *autoeficacia en la actividad física* se utilizó la Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF) (Anexo 10), desarrollada por Fernández et al. (2011) para medir la autoeficacia percibida en la práctica regular de actividad física en población adulta. El instrumento consta de 39 ítems distribuidos en tres subescalas: ejercicio físico programado (23 ítems), actividad física en la vida diaria (13 ítems) y caminar diariamente (3 ítems). En el presente estudio se emplearán únicamente las subescalas de actividad física en la vida diaria y caminar diariamente, que suman un total de 16 ítems.

Las respuestas se registran en una escala tipo Likert de 0 a 10 puntos, donde 0 indica “nada capaz” y 10 “muy capaz” de realizar la actividad descrita. La puntuación total se obtiene sumando los valores de los ítems seleccionados; a mayor puntuación, mayor es la autoeficacia percibida. En su validación original, realizada en 388 adultos en atención primaria en Sevilla (18 a 65 años), la EAF demostró alta fiabilidad, con valores de α -Cronbach superiores a 0.90 en todas las subescalas y un coeficiente global de 0.96.

Asimismo, ha sido utilizada por Salazar et al. (2023) en adultos de 60 a 65 años con diabetes mellitus tipo II en San Bartolomé Tlaltelulco, Estado de México.

Para evaluar el *comportamiento de conducta alimentaria* se utilizó la Escala Breve de Hábitos Alimentarios Saludables (BHEHS-6B, Versión 1.0) (Anexo 12) que es un cuestionario autoadministrado compuesto por 6 ítems con respuesta tipo Likert de cinco opciones, que van desde “nunca” hasta “siempre”. El instrumento se fundamenta en el modelo del Plato de Alimentación Saludable de Harvard y permite evaluar tanto una estructura unidimensional como bidimensional: la primera relacionada con hábitos vinculados a micronutrientes y agua (ítems 1–3), y la segunda con hábitos asociados a macronutrientes como cereales, tubérculos, proteínas y grasas vegetales (ítems 4–6). La puntuación total se obtiene sumando las respuestas, con un rango de 6 a 30 puntos, donde valores más altos reflejan hábitos alimentarios más saludables. Ha presentado en el estudio de Javier-Aliaga et al. (2025) una consistencia interna adecuada de $\alpha = 0.76$.

La escala de *Evaluación de Síntomas Menopáusicos (MRS)* (Anexo 11) en su estructura y contenido permiten obtener información valiosa sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas menopáusicos en distintas dimensiones (somática, psicológica y urogenital), lo cual resulta relevante para esta investigación, cuya finalidad en este estudio es describir el perfil sintomático de las mujeres en las distintas etapas de la menopausia y explorar cómo estos síntomas pueden influir o estar relacionados con otras dimensiones del bienestar (imagen corporal, síntomas depresivos y autoeficacia).

Este instrumento fue desarrollado en Alemania por Heinemann et al. (2004), ha sido traducido a múltiples idiomas incluido el español, consta de 11 ítems agrupados en tres dimensiones: (A) somático-vegetativa, que incluye sofocos, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y articulares (ítems 1, 2, 3 y 11); (B) psicológico, que abarca síntomas como estado de ánimo deprimido, irritabilidad, ansiedad y fatiga física y mental (ítems 4, 5, 6 y 7); y (C) urogenital, que evalúa problemas sexuales, de vejiga y vagina (ítems 8, 9 y 10). Se puntúa en una escala de 0 a 4, donde 0 indica ausencia de síntomas y 4 representa una intensidad muy severa. La escala ha demostrado una alta confiabilidad en distintos estudios. Monterrosa-Castro et al. (2017) evaluaron la utilidad en 914 mujeres indígenas colombianas de 40 a 60 años,

encontrando un alfa de Cronbach de 0.86 para la escala total y coeficientes de 0.63, 0.75 y 0.84 para las dimensiones somática, psicológica y urogenital, respectivamente.

Procedimiento de Recolección de Datos

Previo a la recolección de datos, se obtuvo la autorización del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se gestionó la autorización de las autoridades de las instituciones donde se llevó a cabo la recolección de datos. Una vez obtenidos los permisos, se solicitó el acceso al área designada disponible, según la disponibilidad de la institución. Para el procedimiento de selección de las participantes, las mujeres potenciales fueron abordadas en el área designada y se les aplicaron las preguntas filtro para verificar si cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Si la participante cumplía con los criterios de inclusión, se le brindaba una breve explicación sobre el estudio, sus objetivos y la confidencialidad de la información.

Si aceptaba participar, se procedió a llevar a la participante al espacio proporcionado por la institución y se realizó la lectura y firma del consentimiento informado. Se enfatizó que su participación era completamente voluntaria y que podría retirarse del estudio en cualquier momento sin tener repercusiones por ello. Después de obtener el consentimiento, se procedió a la toma de medidas antropométricas en el área designada para somatometría, la cual fue indicada por la institución (un área con un espacio específico para proteger la integridad de la participante). Se utilizó una báscula para obtener el peso y un estadiómetro para medir la estatura. Se solicitó a la participante que se retirara el calzado y accesorios pesados para garantizar mediciones precisas. Se le pidió y ayudó a subir a la báscula con la mirada al frente y los brazos relajados a los costados, y durante el procedimiento se brindó acompañamiento continuo a la participante para vigilar su equilibrio para evitar el riesgo de caídas (Anexo 3).

El peso se registró en la cédula de datos personales. Para la medición de la estatura (Anexo 4), la participante se colocó de espaldas al estadiómetro, con los talones juntos, la espalda recta y la cabeza en posición neutral. Se midió la estatura y se registró en la cédula de datos personales. Asimismo, se tomó el perímetro abdominal asegurando un espacio cerrado para proteger su integridad, se utilizó una cinta métrica de fibra de vidrio, colocándola en la parte media entre la última costilla y la cresta ilíaca y se anotó

el valor obtenido en la cédula (Anexo 5). El IMC fue calculado una vez que la participante había completado todos los instrumentos.

Después de la toma de medidas antropométricas, se entregó a la participante la cédula de datos personales con instrucciones claras sobre su llenado. Se hizo hincapié en que, en caso de dudas, podía solicitar aclaraciones para no dejar ningún espacio en blanco. Posteriormente, se proporcionó los siguientes instrumentos en el siguiente orden: Guía de Tamaño Corporal Basada en el IMC (BSG), Inventario de Depresión de Beck-II, Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria, Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF), Escala breve de hábitos de alimentación saludable y por último la Evaluación de Síntomas Menopáusicos (MRS). Antes de que la participante comenzara a responder los cuestionarios, se le explicaron las instrucciones de cada uno, asegurando su correcta comprensión. Se le recordó que puede solicitar ayuda en caso de dudas. Se brindó un ambiente cómodo para que pueda responder sin interrupciones según las características de la institución en donde se aplicaron.

Al finalizar la aplicación de los instrumentos, se recolectó todos los cuestionarios previamente llenados y se graparon, después se informó a la participante y se entregó un díptico con información sobre esta etapa de su vida y orientación de referencia con algunos números públicos disponibles para obtener apoyo psicológico en caso de requerirlo (Anexo 13). Posteriormente, se agruparon los documentos y se almacenaron en un folder identificado, asegurando la confidencialidad de la información. Finalmente, se calculó el IMC con base en los valores de peso y estatura registrados previamente para poder compararlos con el registro de IMC de la OMS y con esta información se comparó con el instrumento BSG para seleccionar la imagen según su IMC. Una vez completado el proceso, se agradeció a la participante por su tiempo y colaboración para esta investigación, enfatizando la importancia de su contribución. Posteriormente, se procedió al registro de los datos en la base para su análisis estadístico.

Consideraciones Éticas

El presente trabajo se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 2014), específicamente en el Título Segundo referente a los aspectos éticos de la investigación

en seres humanos, Capítulo I, disposiciones comunes. Asimismo, se contó con la autorización del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación.

Para el cumplimiento del Artículo 13, en esta investigación se garantizó el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de las participantes; además el estudio se llevó a cabo con trato digno y respetuoso, manteniendo la confidencialidad de los datos y asegurando que su participación fuera de manera libre y voluntaria mediante el consentimiento informado.

Para cumplir con el Artículo 14, Fracciones V, VI, VII y VIII, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, garantizando que su decisión de participar fuera plenamente informada y libre de coacción. La investigación fue realizada por profesionales con la formación y experiencia necesarias para proteger la integridad de las participantes, y contó con la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación, así como con la autorización de la institución correspondiente, en este caso, el centro de salud.

En cuanto al Artículo 16, se protegió la privacidad de las participantes, asegurando la confidencialidad de su información. Su identidad no fue revelada ya que se otorgó un número de folio a cada juego de instrumentos por cada participante y se implementaron medidas para resguardar sus datos de una forma segura, almacenando los consentimientos informados de forma separada de los instrumentos aplicados.

Para garantizar el cumplimiento del Artículo 17, Fracción II, esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo, ya que no empleó procedimientos invasivos ni manipuló la conducta de las participantes. Se trató de un estudio de carácter observacional, sin intervenciones que pudieran representar un riesgo significativo para la salud de las participantes. No obstante, se reconoció que algunos de los instrumentos aplicados, al abordar temas como síntomas depresivos, percepción de la imagen corporal y autoeficacia, podían generar cierta incomodidad emocional. Por ello, se tomaron medidas necesarias para minimizar cualquier malestar o reacción negativa.

En caso de que alguna participante manifestara incomodidad emocional durante la aplicación de los instrumentos, se le brindó un espacio para que pudiera tranquilizarse y se le orientaba para recibir apoyo psicológico en los servicios correspondientes en la institución. Asimismo, se le comentó que, si deseaba concluir y retirarse de la

investigación, estaba en todo su derecho. Además, durante la medición del peso, se garantizó un entorno seguro y privado, asignando un espacio adecuado según la institución, y la participante estaba acompañada en todo momento al subir y bajar de la báscula para prevenir cualquier riesgo de caída y salvaguardar su integridad física.

En cumplimiento del Artículo 20, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante mediante un documento impreso y por escrito, en el que se detalló el propósito del estudio y los procedimientos que se realizaban. Se les comunicó la información de una manera clara y comprensible, asegurando su derecho a decidir libremente sobre su participación, sin presiones ni coacción, así como la opción de retirarse del estudio en cualquier momento sin alguna consecuencia.

Para garantizar el cumplimiento del Artículo 21 en sus Fracciones I, II, VI, VII y VIII, cada participante recibió una explicación clara y completa sobre la justificación, objetivos y procedimientos del estudio. Se les dio la oportunidad de hacer preguntas y recibir aclaraciones en cualquier momento. Asimismo, se respetó su derecho a retirarse del estudio sin repercusiones y se garantizó la confidencialidad de su información.

En cumplimiento del Artículo 22, el consentimiento informado fue elaborado por la investigadora principal, incluyendo la información establecida en el Artículo 21. Además, fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética en Investigación de la institución correspondiente, asegurando que cumplía con los principios de respeto, transparencia y protección de las participantes

Por último, para el cumplimiento de los Artículos 57 y 58 se garantizó que la participación, rechazo o retiro de este estudio no afectara la atención médica otorgada en la institución a la participante ni a su acompañante. Su decisión fue completamente libre, sin presiones ni repercusiones en los servicios que recibieron.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versión 27 para Windows. La consistencia interna de los instrumentos utilizados se evaluó a través del coeficiente Alfa de Cronbach. Previo al análisis inferencial, se evaluó la distribución de las variables continuas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de

Lilliefors. Los resultados indicaron que los datos no presentaron una distribución normal, por lo que para los análisis de relación se emplearon pruebas no paramétricas.

Para dar respuesta al primer objetivo específico, orientado a describir las características sociodemográficas, clínicas y de menopausia de la muestra, se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, que planteó determinar la relación entre imagen corporal, síntomas depresivos y autoeficacia de ingesta alimentaria y actividad física, se empleó la prueba de correlación de Spearman.

Para dar respuesta al tercer objetivo específico que tuvo como propósito determinar la relación entre autoeficacia de ingesta alimentaria y actividad física con la conducta de ingesta alimentaria y actividad física, se utilizó la prueba de correlación de Spearman, considerando los puntajes totales de los instrumentos de autoeficacia y conducta, así como los minutos dedicados a actividad física por semana.

Para dar respuesta al cuarto objetivo específico, que buscó analizar la relación entre conducta de ingesta alimentaria y actividad física con el IMC y el perímetro abdominal, se empleó la prueba de correlación de Spearman utilizando los puntajes totales de conducta alimentaria, los minutos de actividad física por semana y los valores continuos de IMC y perímetro abdominal.

Finalmente, para dar respuesta al objetivo general, orientado a si la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia para la ingesta alimentaria y la actividad física, así como sus conductas, se asocian con el IMC y perímetro abdominal en mujeres en etapa de menopausia, se empleó la prueba de Correlación de Spearman. Para ello, se analizaron las asociaciones entre imagen corporal, síntomas depresivos, autoeficacia para la ingesta alimentaria, autoeficacia para la actividad física, conducta alimentaria y actividad física medida en minutos por semana con los valores continuos de IMC y perímetro abdominal.

Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos del estudio. En primer lugar, se presenta la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente, se expone la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y de los instrumentos. Finalmente, se muestra la estadística inferencial que da respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia Interna de los Instrumentos

La consistencia interna de los instrumentos utilizados se evaluó mediante el Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach, como se muestra en la tabla 1. En general, los valores oscilaron entre $\alpha = .70$ y $\alpha = .92$. No obstante, algunas subescalas presentaron valores inferiores, particularmente en la subescala de micronutrientes y agua ($\alpha = .61$) y la subescala de macronutrientes ($\alpha = .58$) de la Escala Breve de Hábitos de Alimentación Saludable. Asimismo, la Escala de Evaluación de Síntomas Menopáusicos, la subescala de síntomas urogenitales presento un $\alpha = .69$.

En conjunto, todos los instrumentos mostraron niveles de confiabilidad aceptables para su uso (Grove & Gray, 2019).

Tabla 1
Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Ítems	α
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	21	.88
Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria	21	.92
Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF)	16	.91
Subescalas		
Actividad física en la vida diaria	13	.92
Caminar diariamente	3	.81
Escala breve de hábitos de alimentación saludable	6	.70
Subescalas		
Micronutrientes y agua	3	.61
Macronutrientes	3	.58
Evaluación de Síntomas Menopáusicos (MRS)	11	.87
Dimensiones		
Somático	1,2,3,11	.72
Psicológico	4,5,6,7	.81
Urogenital	8,9,10	.69

Nota. $N = 300$; α = Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach.

Estadística Descriptiva

Con el fin de dar respuesta al primer objetivo específico, orientado a describir las características sociodemográficas, clínicas y de menopausia de las participantes, se presentan los resultados en la tabla 2. Se observó que las participantes tenían una edad media de 50.26 años ($DE = 7.68$), los años de estudio promedio fueron de 11.51 años ($DE = 3.96$) lo que equivale a educación media superior. En relación con las características antropométricas, el IMC presentó una media de 29.63 ($DE = 5.58$) lo que, de acuerdo con la OMS corresponde a la clasificación de sobrepeso. Respecto al perímetro abdominal, se obtuvo una media de 96.21 cm ($DE=15.04$) considerada como un riesgo significativamente alto de enfermedad crónica por la IACR.

Tabla 2

Características sociodemográficas y antropométricas de las participantes

Características	<i>M</i>	<i>DE</i>	Rango	
			Mín.	Máx.
Edad	50.26	7.68	40.00	65.00
Años de estudio	11.51	3.96	1.00	25.00
Peso (kg)	74.04	14.16	39.50	134.00
Talla (m)	1.58	0.06	1.40	1.76
IMC	29.63	5.58	18.00	55.00
Perímetro abdominal (cm)	96.21	15.04	60.00	145.00

Nota. $N = 300$; M = Media; DE = Desviación Estándar; Mín. = Valor Mínimo; Máx. = Valor Máximo; IMC = Índice de Masa Corporal; kg = Kilogramo; m = Metros; cm = Centímetros.

En la Tabla 3 se presentan las características sociodemográficas de las participantes. Se observa que el 60% son casadas y el 52.30% son amas de casa. Respecto al ingreso económico mensual, el 57.30% reporta percibir menos de \$5,000 MXN. En relación con las condiciones clínicas, se observa la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial con un 29.70% y diabetes mellitus con un 21.70%. Además, el 54.70% de las participantes reportó no realizar actividad física.

En cuanto a las características relacionadas con la menopausia, el 45.70% de las participantes se encuentra en la etapa de posmenopausia y únicamente el 1.30% reportó el uso de terapia de remplazo hormonal. Finalmente, respecto a la clasificación del IMC de acuerdo con la OMS, predominó con un 46.70% la obesidad. De manera consistente, de acuerdo con la clasificación de la OMS y la IACR, el 73.30% de las participantes presentó un riesgo significativamente alto para enfermedad crónica según el perímetro abdominal.

Tabla 3*Características sociodemográficas y clínicas de las participantes*

Características	<i>n</i>	%
Estado Civil		
Soltera	31	10.30
Casada	180	60.00
Divorciada	37	12.30
Viuda	26	8.70
Unión libre	26	8.70
Situación Laboral		
Empleada	121	40.30
Ama de casa	157	52.30
Jubilada / pensionada	15	5.00
Trabajo independiente	7	2.30
Ingreso Mensual		
Menos de \$5,000 MXN	172	57.30
\$5,000 - \$10,000 MXN	80	26.70
Más de \$10,000 MXN	48	16.00
Enfermedad Crónica		
Diabetes Mellitus	65	21.70
Hipertensión Arterial	89	29.70
Otras	30	10.10
Actividad Física		
Realiza	136	45.30
No Realiza	164	54.70
Etapas de menopausia		
Perimenopausia	134	44.70
Menopausia	29	9.70
Posmenopausia	137	45.70
Tipo de menopausia		
Natural	281	93.70
Quirúrgica	19	6.30
Uso de Terapia de remplazo hormonal		
Si	4	1.30
No	296	98.70
Categoría de IMC (OMS)		
Bajo Peso	2	0.70
Peso Normal	51	17.00
Sobrepeso	107	35.70
Obesidad	140	46.70
Categoría de riesgo para enfermedad crónica según perímetro abdominal (OMS y IARC, 2025)		
Normal o sin riesgo	38	12.70
Aumento de riesgo	42	14.00
Riesgo significativamente alto	220	73.30

Nota. *N* = 300; *n* = Número de casos; % = Porcentaje; IMC = Índice de Masa Corporal; OMS = Organización Mundial de la Salud; IACR = Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer.

Estadística descriptiva de las variables de estudio

En esta sección, con el propósito de describir las variables de estudio, se presentan a continuación los resultados correspondientes a la estadística descriptiva de la imagen corporal, síntomas depresivos, autoeficacia en ingesta alimentaria y actividad física, así como sus conductas y los síntomas menopáusicos de las participantes.

Imagen corporal

En la tabla 4 se muestran los resultados relacionados con la imagen corporal de las participantes. Se observó que el 74.70% de las mujeres presentó insatisfacción corporal, en donde la mayoría fue insatisfacción por obesidad.

Tabla 4
Estadística sobre satisfacción de imagen corporal

Satisfacción de imagen corporal	<i>n</i>	%
Satisfecha con su imagen corporal	76	25.30
Insatisfacción con su imagen corporal		
Insatisfacción por obesidad	218	72.70
Insatisfacción por delgadez	6	2.00

Nota. *N* = 300; *n* = Número de casos; % = Porcentaje.

Síntomas depresivos

En la tabla 5 se presenta la clasificación de los síntomas depresivos de las participantes. Se observa que, aunque predominó la presencia de síntomas mínimos de depresión, el 19.70% presentó algún grado de sintomatología depresiva, incluyendo casos graves (1.70%).

Tabla 5
Clasificación de los síntomas depresivos según el Inventario de Depresión de Beck II

Categoría	<i>n</i>	%
Síntomas mínimos	241	80.30
Síntomas leves	35	11.70
Síntomas moderados	19	6.30
Síntomas graves	5	1.70

Nota. *N* = 300; *n* = Número de casos; % = Porcentaje; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II.

En la tabla 6 se presentan los síntomas depresivos más frecuentes identificados mediante el BDI-II. Se observa una mayor presencia de síntomas relacionados con la pérdida de energía (63%), cambios en los hábitos de sueño (56.30%), pérdida de interés en el sexo (54%), cansancio o fatiga (53.70%) e irritabilidad (48%). Asimismo, el

41.70% de las participantes reportó episodios de llanto. Cabe destacar que algunos de los síntomas observados han sido descritos en la literatura como manifestaciones comúnmente reportadas durante la transición menopáusica. Finalmente, llama la atención que el 9.30% de las participantes presentó pensamientos de muerte, lo cual representa un hallazgo de relevancia clínica respecto a la salud psicológica en esta población; en estos casos, se proporcionó orientación y referencia a atención profesional en el momento.

En conjunto, estos resultados sugieren la presencia de manifestaciones que podrían relacionarse tanto con alteraciones en el bienestar emocional como con síntomas frecuentemente descritos durante la transición menopáusica, por lo que su interpretación debe considerar el contexto fisiológico y emocional característico de esta etapa.

Tabla 6

Síntomas más frecuentes en el Inventario de Depresión de Beck II

	0		1		2		3	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Tristeza	241	80.30	52	17.30	7	2.30	0	0
2. Pesimismo	239	79.70	55	18.30	1	0.30	5	1.70
3. Fracaso	257	85.70	36	12.00	6	2.00	1	0.30
4. Pérdida de placer	217	72.30	72	24.00	9	3.00	2	0.70
5. Sentimientos de culpa	219	73.00	77	25.70	2	0.70	2	0.70
6. Sentimientos de castigo	272	90.70	26	8.70	1	0.30	1	0.30
7. Disconformidad con uno mismo	211	70.30	77	25.70	7	2.30	5	1.70
8. Autocrítica	222	74.00	60	20.00	14	4.70	4	1.30
9. Pensamientos o ideas suicidas	272	90.70	27	9.00	0	0	1	0.30
10. Llanto	175	58.30	104	34.70	11	3.70	10	3.30
11. Agitación	189	63.00	96	32.00	9	3.00	6	2.00
12. Pérdida de interés	213	71.00	74	24.70	10	3.30	3	1.00
13. Indecisión	239	79.70	52	17.30	7	2.30	2	0.70
14. Desvalorización	255	85.00	38	12.70	5	1.70	2	0.70
15. Pérdida de energía	111	37.00	164	54.70	24	8.00	1	0.30

	0		1		2		3	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
16. Cambios en los hábitos de sueño	131	43.70	121	40.30	34	11.30	14	4.70
17. Irritabilidad	156	52.00	130	43.30	11	3.70	3.00	1.00
18. Cambios en el apetito	152	50.70	122	40.70	19	6.30	7.00	2.30
19. Dificultad de concentración	173	57.70	106	35.30	20	6.70	1.00	0.30
20. Cansancio o fatiga	139	46.30	138	46.00	20	6.70	3.00	1.00
21. Pérdida de interés en el sexo	138	46.00	105	35.00	25	8.30	32.00	10.70

Nota. $N = 300$; n = Número de casos; % = Porcentaje; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II.

Autoeficacia en Ingesta Alimentaria y Actividad Física

En la tabla 7 se presentan los puntajes de autoeficacia de las participantes. La autoeficacia en ingesta alimentaria mostró una media de 182.77 ($DE = 29.50$), lo que indica una adecuada percepción de confianza para mantener una alimentación saludable. Asimismo, la autoeficacia en actividad física presentó una $M = 120.94$ ($DE = 31.07$), reflejando una alta percepción de capacidad para realizar actividad física.

Tabla 7

Características descriptivas de las escalas de autoeficacia

Escalas	<i>M</i>	<i>DE</i>	Rango	
			Mín.	Máx.
Autoeficacia de la conducta alimentaria (21-210)	182.77	29.50	61	210
Autoeficacia en actividad física (0-160)	120.94	31.07	29	160

Nota. $N = 300$; M = Media; DE = Desviación Estándar; *Mín.* = Valor Mínimo; *Máx.* = Valor Máximo.

Conducta alimentaria

En la tabla 8 se presentan los datos descriptivos de la conducta alimentaria de las participantes. Se observó una media de 22.95 ($DE = 2.43$), puntuación superior a la media teórica del instrumento, lo que sugiere tendencia favorable de conducta alimentaria.

Tabla 8

Descriptivos de conducta alimentaria

Escala	<i>M</i>	<i>DE</i>	Rango	
			Mín.	Máx.
Hábitos alimentarios (6-30)	22.95	2.43	11	30

Nota. $N = 300$; M = Media; DE = Desviación Estándar; *Mín.* = Valor Mínimo; *Máx.* = Valor Máximo.

Conducta de actividad física

En la tabla 9 se presentan las características de la conducta de actividad física de las participantes. Se observó que el 54.70% autorreportó no realizar ningún tipo de actividad física. Sin embargo, al clasificar a las participantes de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (2020), que establecen entre 150 y 300 minutos semanales de actividad física moderada, se identificó que el 64.70% no cumplía con los niveles recomendados. Esto indica que, aunque algunas participantes reportaron realizar actividad física, el tiempo semanal destinado a esta no fue suficiente para alcanzar las recomendaciones establecidas por la OMS.

De las participantes que realizaban actividad física se destacaron las actividades aeróbicas con un 32.30%. En cuanto a la frecuencia semanal, el 23.70% realizaba actividad física de 5 a 7 veces por semana. Asimismo, entre las participantes físicamente activas, el tiempo promedio dedicado a la actividad física fue de 238.25 minutos ($DE = 127.03$).

Tabla 9
Características de la conducta de actividad física

Variable	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DE</i>
Realiza actividad física (autorreporte)				
Si	136	45.30		
No	164	54.70		
Tipo de actividad física				
Aeróbica	97	32.30		
Fuerza	28	9.30		
Deporte	7	2.30		
Flexibilidad	4	1.30		
Frecuencia semanal				
1-2 veces	15	5.00		
3-4 veces	50	16.70		
5-7 veces	71	23.70		
Tiempo de actividad (minutos por semana)			238.25	127.03

Nota. $N = 300$; n = Número de casos; % = Porcentaje M = Media; DE = Desviación Estándar.

Síntomas menopáusicos

En la Tabla 10 se presentan la clasificación de la severidad de los síntomas menopáusicos de las mujeres participantes. Se observa que el 62% presento síntomas menopáusicos de leves a severos.

Tabla 10

Clasificación de síntomas menopáusicos según su severidad

	<i>n</i>	%
Sin o muy pocos síntomas	114	38.00
Leve	62	20.70
Moderado	76	25.30
Severo	48	16.00

Nota. N = 300; *n* = Número de casos; % = Porcentaje.

En la Tabla 11 se presenta la clasificación de la severidad de los síntomas menopáusicos por dimensión. Se observa que la dimensión psicológica, es la más afectada, ya que el 68.30% de las mujeres presentó algún grado de sintomatología, destacando la irritabilidad como uno de los síntomas más frecuentes. En la dimensión urogenital, el 62.70% reportó sintomatología, sobresaliendo los problemas sexuales. Por su parte, en la dimensión somática, el 49.30 % presentó síntomas, predominando las molestias musculares y articulares.

Tabla 11

Clasificación de síntomas menopáusicos según dimensión

Dimensión	Categoría	<i>n</i>	%
Somático	Asintomática	152	50.70
	Síntomas leves	55	18.30
	Síntomas moderados	71	23.70
	Síntomas severos	22	7.30
Psicológico	Asintomática	95	31.70
	Síntomas leves	93	31.00
	Síntomas moderados	59	19.70
	Síntomas severos	53	17.70
Urogenital	Asintomática	112	37.30
	Síntomas leves	57	19.00
	Síntomas moderados	61	20.30
	Síntomas severos	70	23.30

Nota. N = 300; *n* = Número de casos; % = Porcentaje.

Estadística Inferencial

A continuación, se presentan los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, aplicada a las variables de estudio. En la tabla 12 se puede observar que todas las variables obtuvieron valores de significancia menores a .05, lo que indica que no presentaron una distribución normal. Por lo anterior, se consideró el empleo de pruebas no paramétricas en los análisis inferenciales que así lo requerían, de acuerdo con las características de distribución de las variables evaluadas.

Tabla 12

Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors

Variabes	<i>D</i>	<i>p</i>
Edad	.091	.001
Años de estudio	.167	.001
Peso (kg)	.077	.001
Talla (m)	.056	.023
Perímetro abdominal (cm)	.086	.001
IMC	.095	.001
BDI-II sumatoria	.132	.001
Autoeficacia alimentaria sumatoria	.178	.001
Autoeficacia en actividad física sumatoria	.104	.001
Escala de hábitos alimentarios saludables sumatoria	.091	.001

Nota. $N=300$; D = prueba de normalidad; p = significancia observada.

Con respecto al objetivo específico número dos, que establece determinar la relación entre imagen corporal, síntomas depresivos y autoeficacia (ingesta alimentaria y actividad física), se realizó un análisis de correlación de Spearman entre las variables de estudio. En la tabla 13 se observa que la insatisfacción corporal presentó una correlación positiva y significativa con los síntomas depresivos ($r_s = .120, p = .037$), lo que indica que, a medida que aumenta la insatisfacción corporal, tienden a incrementarse los síntomas depresivos. Asimismo, la insatisfacción corporal mostró correlaciones negativas y significativas con la autoeficacia alimentaria ($r_s = -.196, p < .001$) y con la autoeficacia en actividad física ($r_s = -.253, p < .001$), lo que sugiere que mayores niveles

de insatisfacción corporal se asocian con menores niveles de autoeficacia para mantener conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física.

Por otra parte, los síntomas depresivos presentaron correlaciones negativas y significativas con la autoeficacia alimentaria ($r_s = -.217, p < .001$) y con la autoeficacia en actividad física ($r_s = -.237, p < .001$), indicando que mayores niveles de sintomatología depresiva se relacionan con menores niveles de autoeficacia para mantener conductas saludables. Finalmente, se identificó una correlación positiva y significativa entre la autoeficacia alimentaria y la autoeficacia en actividad física ($r_s = .393, p < .001$), indicando que mayores niveles de autoeficacia alimentaria se asocian con mayores niveles de autoeficacia en actividad física.

Tabla 13

Coefficiente de correlación de Spearman para insatisfacción de imagen corporal, síntomas depresivos, autoeficacia alimentaria y actividad física

Variable	1	2	3	4
Insatisfacción corporal	-			
Síntomas depresivos	.120*	-		
Autoeficacia alimentaria	-.196**	-.217**	-	
Autoeficacia actividad física	-.253**	-.237**	.393**	-

Nota. N=300; * $p < .05$; ** $p < .001$.

Con respecto al tercer objetivo específico, que establece determinar la relación entre autoeficacia (ingesta alimentaria y actividad física) con la conducta de ingesta alimentaria y actividad física, se realizó una correlación de Spearman. En la tabla 14 se observa una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la autoeficacia y la conducta alimentarias ($r_s = .468, p < .001$), así como entre la autoeficacia en actividad física y la conducta de actividad física medida mediante minutos por semana ($r_s = .378, p < .001$), lo que indica que mayores niveles de autoeficacia se asociaron con conductas más saludables relacionadas con la alimentación y con una mayor realización de actividad física.

Tabla 14*Relación entre la autoeficacia alimentaria y de actividad física con las conductas*

Variables	r_s	p
Autoeficacia alimentaria – Conducta alimentaria	.468	< .001
Autoeficacia actividad física – Conducta de actividad física	.378	< .001

Nota. N=300; r_s = coeficiente de correlación de Spearman; p = valor de significancia.

Referente al objetivo específico número cuatro, que establece analizar la relación entre conducta alimentaria y actividad física con el IMC y el perímetro abdominal, se utilizó la prueba de correlación de Spearman. En la tabla 15 se observan los resultados que mostraron que no se identificó una relación estadísticamente significativa entre la conducta alimentaria y el IMC ($r_s = -.096$, $p = .098$). Por otra parte, se observó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la conducta de actividad física y el IMC ($r_s = -.222$, $p < .001$), indicando que mayores niveles de actividad física se asociaron con menores valores de IMC.

Asimismo, se identificó una correlación negativa y significativa entre la conducta alimentaria y el perímetro abdominal ($r_s = -.121$, $p = .037$), lo que sugiere que conductas alimentarias más saludables se asociaron con menor circunferencia de cintura.

Finalmente, se observó una correlación negativa y significativa entre la conducta de actividad física y el perímetro abdominal ($r_s = -.211$, $p < .001$), indicando que mayores niveles de actividad física se relacionaron con menores valores de perímetro abdominal.

Tabla 15*Relación entre la conducta alimentaria y de actividad física con el IMC y el perímetro abdominal*

Variables	r_s	p
Conducta alimentaria – IMC	-.096	.098
Conducta de actividad física – IMC	-.222	< .001
Conducta alimentaria – Perímetro abdominal	-.121	.037
Conducta de actividad física – Perímetro abdominal	-.211	< .001

Nota. N=300; r_s = coeficiente de correlación de Spearman; p = valor de significancia.

Con respecto al objetivo general, orientado a determinar si la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia para la ingesta alimentaria y actividad física, así como sus conductas, se asocian con el IMC y el perímetro abdominal, se realizó un análisis de correlación de Spearman.

En la tabla 16 se observan los resultados, donde se encontró que el IMC presentó una correlación positiva significativa, con la insatisfacción de la imagen corporal ($r_s = .600, p < .001$) y con los síntomas depresivos ($r_s = .127, p = .027$). En contraste, se observaron correlaciones negativas significativas entre el IMC y la autoeficacia de ingesta alimentaria ($r_s = -.155, p = .007$), la autoeficacia para actividad física ($r_s = -.158, p = .006$) y la actividad física ($r_s = -.222, p < .001$). No se identificó asociación significativa entre el IMC y los hábitos alimentarios ($r_s = -.096, p = .098$). Estos resultados indican que mayores niveles de insatisfacción corporal y síntomas depresivos tendieron a relacionarse con mayores valores de IMC, mientras que mayores niveles de autoeficacia y actividad física se asociaron con menores valores.

Respecto al perímetro abdominal, se observó una correlación positiva significativa con la insatisfacción corporal ($r_s = .649, p < .001$). Asimismo, presentó correlaciones negativas significativas con la autoeficacia de ingesta alimentaria ($r_s = -.114, p = .049$), la autoeficacia para actividad física ($r_s = -.150, p = .009$), los hábitos alimentarios ($r_s = -.121, p = .037$) y la actividad física ($r_s = -.211, p < .001$). No se observaron asociaciones significativas entre el perímetro abdominal y los síntomas depresivos ($r_s = .000, p = .998$). Estos hallazgos sugieren que mayores niveles de autoeficacia, mejores hábitos alimentarios y mayor actividad física se relacionaron con menores valores de perímetro abdominal, mientras que una mayor insatisfacción corporal se asoció con valores más elevados de este indicador.

Tabla 16

Coefficiente de correlación de Spearman para IMC y perímetro abdominal con las variables de estudio

Variable	IMC	PA
Insatisfacción imagen corporal	.600**	.649**
Síntomas depresivos	.127*	.000
Autoeficacia de ingesta alimentaria	-.155**	-.114**
Autoeficacia actividad física	-.158**	-.150**

Variable	IMC	PA
Conducta alimentaria	-.096	-.121*
Actividad física (minutos por semana)	-.222**	-.211**

Nota. N=300; * $p<.05$; ** $p<.001$; PA = perímetro abdominal.

Discusión

A continuación, se presenta la discusión de los resultados obtenidos en función a los objetivos planteados y su comparación con la evidencia científica disponible. Posteriormente, se exponen las conclusiones, limitaciones y recomendaciones derivadas del estudio para futuras investigaciones. El presente estudio tuvo como objetivo determinar si la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia para la ingesta alimentaria y la actividad física, así como sus conductas, se asocian con el IMC y perímetro abdominal en 300 mujeres en etapa de menopausia.

En relación con las características sociodemográficas, la mayoría de las participantes contaba con pareja y presentó una edad media de 50.26 años, resultados consistentes con lo reportado en estudios previos realizados en mujeres en etapa de menopausia (Krajewska-Ferishah et al., 2022; Kuck & Hogervorst, 2024; Medeiros et al., 2024 y Szymona-Pałkowska et al., 2019). Estos hallazgos coinciden con la edad habitual de inicio de la menopausia, etapa caracterizada por cambios biológicos y hormonales importantes (NIH, 2024; OMS, 2022; Secretaria de Salud, 2013).

No obstante, la proporción de mujeres con pareja fue menor en comparación con estudios realizados en China e Irán (Chen et al., 2021; Ling & Wang 2023; Nazarpour et al., 2021; Simbar et al., 2020). Esta diferencia podría atribuirse a factores socioculturales y variaciones en la estructura familiar entre contextos geográficos, considerando que en dichos países predominan modelos tradicionales donde el matrimonio continúa siendo altamente prevalente durante la mediana edad. En contraste, en México, aunque el estado civil de casada continúa siendo predominante, se ha observado un incremento en otras configuraciones conyugales como divorcio, viudez y soltería (Hamedanchi et al., 2020; Zhao y Zhao (2025).

Respecto a los años de estudio, las participantes presentaron un promedio equivalente a la educación media superior, resultado similar a lo reportado por Kuck & Hogervorst (2024) y Krajewska-Ferishah et al. (2022) en países europeos y Reino Unido. Esta similitud podría explicarse debido a que tanto en México como en estos países predominan contextos urbanos con mayor disponibilidad y acceso a la educación formal, además de sistemas educativos que promueven la permanencia escolar hasta niveles equivalentes a la educación media superior.

No obstante, otros estudios reportaron menores niveles educativos (Chen et al., 2021; Medeiros et al., 2024; Ling & Wang 2023; Nazarpour et al., 2021; Szymona-Pałkowska et al., 2019). Estas diferencias podrían atribuirse a las características particulares de las muestras estudiadas, ya que algunos trabajos incluyeron mujeres provenientes de zonas rurales, comunidades con menor acceso a educación formal o contextos socioculturales distintos. En algunos casos, factores como responsabilidades familiares, matrimonio temprano, condiciones económicas y oportunidades educativas limitadas podrían influir en una menor permanencia escolar, lo que contribuiría a explicar los menores niveles educativos observados en comparación con la presente investigación.

En cuanto a la ocupación e ingresos económicos, predominó el trabajo doméstico, seguido del empleo remunerado; además, más de la mitad de las participantes reportó ingresos económicos bajos. Respecto a la ocupación, estos resultados difieren de estudios realizados en Irán, donde se observó una mayor proporción de mujeres dedicadas exclusivamente al hogar (Nazarpour et al., 2021; Simbar et al., 2020), situación que podría relacionarse con la persistencia de roles de género más tradicionales en dichos contextos.

En contraste, investigaciones en China y Reino Unido describen una mayor participación laboral femenina (Chen et al., 2021 y Kuck & Hogervorst, 2024), posiblemente asociada con mayores oportunidades educativas, una incorporación histórica más amplia de la mujer al mercado laboral y condiciones económicas que favorecen el acceso a empleos formales. Asimismo, estos países cuentan con mayores apoyos laborales y sociales que facilitan la permanencia de las mujeres en actividades remuneradas.

Por otra parte, los bajos ingresos observados en el presente estudio fueron similares a lo reportado por Chen et al. (2021); Ling & Wang (2023), Medeiros et al. (2024) y Simbar et al. (2020). Este hallazgo podría explicarse por condiciones socioeconómicas menos favorables presentes en diversas poblaciones, caracterizadas por menores oportunidades educativas y acceso limitado a empleos formales o mejor remunerados. En contraste, Krajewska-Ferishah et al. (2022), reportaron ingresos predominantemente moderados y altos, lo cual podría explicarse por tratarse de una

población europea con mayores niveles de desarrollo económico y sistemas de protección social más sólidos.

En conjunto, los resultados del presente estudio podrían reflejar la coexistencia de roles tradicionales y contemporáneos en mujeres mexicanas, donde las responsabilidades domésticas se combinan con la participación en actividades remuneradas, persistiendo además desigualdades económicas que pueden influir en el nivel de ingresos (Hamedanchi et al., 2020; Randstad México, 2026; Zhao y Zhao, 2025).

En relación con las medidas antropométricas, más del 80% de participantes presentó sobrepeso u obesidad, porcentaje superior al reportado por Ling & Wang (2023) y Szymona-Pałkowska et al. (2019), quienes identificaron valores de IMC predominantemente dentro de rangos normales. Esta diferencia podría atribuirse a que, en comparación con algunas poblaciones europeas y asiáticas, en México se ha documentado una mayor prevalencia de sobrepeso, obesidad e inactividad física, asociada con patrones alimentarios menos saludables, mayor consumo de productos ultraprocesados y estilos de vida más sedentarios (INSP, 2023).

No obstante, los resultados fueron similares a los reportados por Medeiros et al., (2024) en población brasileña. Esta similitud podría relacionarse con características compartidas entre ambos contextos, como procesos acelerados de urbanización, incremento del sedentarismo y cambios en los patrones alimentarios, particularmente el aumento en el consumo de alimentos ultraprocesados, factores que favorecen el desarrollo de sobrepeso y obesidad (Lima et al., 2024; INSP, 2023). Adicionalmente, en ambos contextos las mujeres pueden enfrentar limitaciones para el autocuidado y la práctica regular de actividad física debido a responsabilidades laborales y domésticas, situación que podría contribuir al mantenimiento de exceso de peso durante esta etapa de la vida.

Por otra parte, el perímetro abdominal promedio de las participantes fue de 96.20 cm, lo cual fue superior al reportado por Chen et al. (2021) en población china (79.35 cm) y por Arikawa y Kurzer (2021) en población estadounidense (83.6 cm). De acuerdo con los criterios establecidos por la OMS y la IARC, el promedio observado en la presente investigación corresponde a una categoría de riesgo significativamente alto para

enfermedad crónica, mientras que los valores reportados en otras poblaciones se ubicaron en categorías de menor riesgo.

Estas diferencias podrían relacionarse con la mayor prevalencia de sobrepeso, obesidad e inactividad física documentada en población mexicana, así como con patrones alimentarios caracterizados por un mayor consumo de alimentos ultraprocesados y estilos de vida más sedentarios (INSP, 2023). Adicionalmente, durante la menopausia ocurren cambios hormonales asociados con la disminución de estrógenos que favorecen la redistribución y acumulación de grasa hacia la región abdominal, incrementando el riesgo cardio metabólico (Juppi et al., 2022).

En relación con la imagen corporal, el 74.70% de las participantes presentó insatisfacción corporal, predominando la insatisfacción por obesidad (72.70%). Estos resultados coinciden con lo reportado por Medeiros et al. (2024), quienes identificaron que el 80.80% de las mujeres presentó insatisfacción corporal, principalmente asociada con obesidad (76.20%). De manera complementaria, Vincent et al. (2023), en una revisión sistemática, señalaron que entre el 40% y el 80% de las mujeres en etapa de menopausia reportan algún grado de insatisfacción corporal, situando los resultados del presente estudio dentro del rango previamente descrito en la literatura.

La elevada frecuencia de insatisfacción corporal observada podría relacionarse con las características antropométricas de la muestra, donde predominó el sobrepeso, la obesidad y el riesgo abdominal elevado. Durante la menopausia, los cambios hormonales favorecen modificaciones en la composición corporal, particularmente el aumento de adiposidad abdominal y la redistribución de grasa corporal, condiciones que pueden incrementar la inconformidad con la apariencia física y modificar la percepción del propio cuerpo.

En este sentido, Bellard et al. (2021) señalaron que las mujeres de mediana edad tienden a presentar alteraciones en la percepción del tamaño corporal, especialmente conforme aumenta el IMC. De manera similar, otros estudios han documentado que las modificaciones corporales propias de esta etapa afectan no solo indicadores físicos de salud, sino también la satisfacción y percepción de la imagen corporal (Fenton, 2021; Opoku et al., 2023; Simbar et al., 2020; Simpson et al., 2023).

En cuanto a los síntomas depresivos, el 19.70% de las participantes presentó algún grado de sintomatología depresiva, incluyendo casos graves (1.70%). Aunque este porcentaje fue menor al reportado por Simbar et al. (2020) y Krajewska-Ferishah et al. (2022) en mujeres iraníes y europeas, continúa representando una proporción clínicamente relevante considerando el impacto que los síntomas depresivos pueden tener sobre el bienestar físico y emocional durante la menopausia.

Las diferencias observadas entre poblaciones podrían relacionarse con factores socioculturales y con el contexto de salud de cada país. En población mexicana, la presencia de redes familiares y sociales podría contribuir como un factor protector frente al malestar emocional. Sin embargo, también se ha señalado que en algunos contextos latinoamericanos persiste cierto estigma hacia la salud mental, lo que podría favorecer una menor expresión o reconocimiento de síntomas depresivos. Por otro lado, en algunos países europeos existe mayor apertura para expresar síntomas emocionales y mayor acceso a servicios de salud mental y detección temprana, factores que podrían favorecer una mayor identificación y reporte de sintomatología depresiva.

Aunque la proporción de casos graves fue baja (1.70%), la presencia de sintomatología depresiva severa continúa siendo relevante durante la menopausia. Este porcentaje fue similar al reportado en Polonia (1.20%), aunque menor al observado en Bélgica (4%), Grecia (5%) y Bielorrusia (12.4%) (Krajewska-Ferishah et al., 2022), evidenciando variaciones entre distintos contextos socioculturales. Durante la menopausia, los cambios hormonales característicos de esta etapa pueden influir sobre neurotransmisores relacionados con el estado de ánimo, favoreciendo síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, pérdida de energía e irritabilidad (Alblooshi, Taylor & Gill, 2023; Sánchez-Prieto et al., 2023).

Las participantes presentaron niveles elevados de autoeficacia para la ingesta alimentaria y la actividad física. Aunque en mujeres en etapa de menopausia la evidencia disponible se ha centrado principalmente en autoeficacia general, los hallazgos coinciden en señalarla como un recurso psicológico relevante para el autocuidado y la adopción de conductas orientadas a la salud. En este sentido, los resultados del presente estudio coinciden parcialmente con lo reportado por Magistro et al. (2025), Hao et al.

(2022) y Rodríguez et al. (2023), quienes identificaron niveles elevados de autoeficacia general asociados con conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física.

Esta similitud podría explicarse debido a que, durante la menopausia, muchas mujeres desarrollan estrategias de adaptación y autocuidado orientadas al manejo de los cambios físicos y emocionales propios de esta etapa. Asimismo, la experiencia acumulada en el afrontamiento de cambios fisiológicos y demandas cotidianas podría favorecer una mayor percepción de capacidad para mantener hábitos relacionados con la alimentación saludable y la práctica de actividad física.

En relación con las conductas de salud, poco más de la mitad de las participantes no realizaba actividad física, resultado similar a lo reportado por Medeiros et al. (2024) y Gibson et al. (2023) quienes identificaron bajos niveles de actividad física durante la transición menopáusica. Este comportamiento podría relacionarse con cambios fisiológicos y emocionales característicos de esta etapa, como disminución de energía, mayor fatiga y alteraciones del estado de ánimo, factores que podrían influir en la motivación y adherencia a la práctica regular de actividad física.

Respecto a la conducta alimentaria, se observó un patrón alimentario más favorable, resultado que coincide parcialmente con Arikawa y Kurzer (2021), quienes identificaron una calidad de dieta adecuada en mujeres posmenopáusicas. Esta similitud podría explicarse debido a que, durante esta etapa, algunas mujeres tienden a realizar modificaciones en sus hábitos alimentarios orientadas al cuidado de la salud, el control del peso o la prevención de enfermedades crónicas, lo que podría reflejarse en mejores conductas alimentarias auto informadas.

Respecto al objetivo específico número dos, que planteó determinar la relación entre la imagen corporal, los síntomas depresivos y la autoeficacia de ingesta alimentaria y actividad física, los resultados mostraron que la insatisfacción corporal presentó una relación positiva y significativa con los síntomas depresivos, así como relaciones negativas con la autoeficacia alimentaria y la autoeficacia para la actividad física. Asimismo, los síntomas depresivos se relacionaron de manera negativa con ambas dimensiones de autoeficacia. En conjunto, estos hallazgos sugieren que mayores niveles de inconformidad corporal y sintomatología depresiva se asocian con una menor

percepción de capacidad para mantener conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física.

En primer lugar, se observó que mayores niveles de insatisfacción corporal se relacionaron con mayores niveles de síntomas depresivos. Este hallazgo coincide con Simbar et al. (2020), quienes reportaron que una mayor insatisfacción corporal se asocia con mayor sintomatología depresiva en mujeres menopáusicas. Esta relación podría explicarse debido a que los cambios hormonales y fisiológicos característicos de esta etapa favorecen modificaciones en la composición corporal y una mayor atención hacia la apariencia física, lo que puede incrementar tanto la inconformidad corporal como el malestar emocional (Vincent et al., 2023).

Por otra parte, la insatisfacción corporal mostró correlaciones negativas con la autoeficacia alimentaria y la autoeficacia para la actividad física, sugiriendo que una mayor inconformidad con el propio cuerpo se relaciona con una menor percepción de capacidad para mantener conductas orientadas a la salud. Aunque la evidencia que relaciona específicamente la insatisfacción corporal con la autoeficacia en mujeres menopáusicas es limitada, estudios previos han señalado que la autoeficacia constituye un recurso psicológico relevante durante esta etapa. En este sentido, Teja et al. (2019) reportaron asociaciones entre imagen corporal y autoeficacia en mujeres perimenopáusicas, sugiriendo que mayores niveles de autoeficacia favorecen una mejor adaptación a los cambios físicos propios de la menopausia y contribuyen a una valoración corporal más favorable.

Finalmente, los síntomas depresivos presentaron correlaciones negativas con la autoeficacia alimentaria y la autoeficacia para la actividad física, indicando que mayores niveles de sintomatología depresiva se relacionaron con una menor percepción de capacidad para mantener hábitos saludables. Estos resultados coinciden con Kuck y Hogervorst (2024), quienes encontraron que mayores niveles de autoeficacia se asociaron con menores niveles de depresión, respaldando su papel como recurso psicológico para el bienestar emocional, aunque estos autores evaluaron autoeficacia general y autoeficacia para el control del peso.

En conjunto, estos resultados podrían indicar que los cambios físicos y emocionales presentes durante la menopausia influyen simultáneamente sobre la

satisfacción corporal, el estado emocional y la percepción de capacidad personal. En este contexto, mayores niveles de autoeficacia podrían favorecer una mejor adaptación al proceso menopáusico y una mayor confianza para mantener conductas relacionadas con la alimentación y la actividad física (Bieñ et al., 2025; Weidner et al., 2020).

De acuerdo con el objetivo específico número tres, que planteó determinar la relación entre la autoeficacia para la ingesta alimentaria y actividad física con la conducta alimentaria y de actividad física, los resultados mostraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre ambas variables. Específicamente, mayores niveles de autoeficacia se relacionaron con conductas alimentarias más saludables y con una mayor realización de actividad física medida mediante minutos por semana. La magnitud de estas relaciones fue moderada para la conducta alimentaria y débil a moderada para la actividad física.

Estos hallazgos sugieren que una mayor percepción de capacidad personal se relaciona con una mayor disposición para mantener comportamientos orientados a la salud. De manera similar, Kulak et al. (2023) observaron que mujeres posmenopáusicas físicamente activas presentaban mayores niveles de autoeficacia en comparación con aquellas inactivas, sugiriendo que la participación en actividad física y la percepción de capacidad personal mantienen una relación estrecha durante esta etapa.

En población mexicana, Rodríguez et al. (2023) encontraron que mayores niveles de autoeficacia para el control del peso se asociaron con menor IMC y mayor adopción de conductas de autocuidado. Asimismo, Majd et al. (2026) reportaron que mayores niveles de autoeficacia general se relacionaron con estilos de vida más saludables en mujeres posmenopáusicas, incluyendo dimensiones vinculadas con la alimentación y la actividad física, respaldando su relevancia como recurso psicológico durante esta etapa.

Estos resultados podrían interpretarse a partir de la teoría de autoeficacia de Bandura (1978), la cual plantea que la percepción de capacidad personal influye sobre la iniciación, persistencia y mantenimiento de las conductas, así como sobre la capacidad para afrontar barreras. En este sentido, mujeres con mayores niveles de autoeficacia podrían presentar una mayor confianza para sostener hábitos relacionados con la alimentación y la actividad física.

Respecto al objetivo específico número cuatro, que analizó la relación entre la conducta alimentaria y actividad física con el IMC y el perímetro abdominal, se observó que la actividad física presentó correlaciones negativas y estadísticamente significativas con ambos indicadores antropométricos, indicando que mayores niveles de actividad física se relacionaron con menores valores de IMC y perímetro abdominal. Estos resultados coinciden con lo reportado por Liu et al. (2024) y Son et al. (2023), quienes señalaron que menores niveles de actividad física y mayor tiempo de sedentarismo se asociaron con mayor obesidad abdominal, circunferencia de cintura e IMC, mientras que la práctica regular de actividad física contribuye a disminuir el peso corporal, reducir el porcentaje de grasa y mejorar la composición corporal en mujeres posmenopáusicas.

Estos hallazgos podrían explicarse debido a que la actividad física incrementa el gasto energético y favorece la reducción de grasa corporal y adiposidad visceral. En este sentido, el ejercicio se ha asociado con reducciones significativas en masa grasa, grasa visceral y circunferencia de cintura, siendo el ejercicio aeróbico una de las estrategias más efectivas para mejorar la composición corporal durante esta etapa (Khalafi et al., 2023).

Por otra parte, no se identificó una relación significativa entre la conducta alimentaria y el IMC; sin embargo, sí se observó una correlación negativa y significativa con el perímetro abdominal, aunque de magnitud débil. Este hallazgo difiere parcialmente de lo reportado por Flor-Aleman et al. (2020), quienes observaron que patrones alimentarios más saludables se asociaban con menores valores tanto de IMC como de circunferencia de cintura. No obstante, Troy y Witkowski (2019) reportaron que mujeres posmenopáusicas presentaban mayor circunferencia de cintura aun cuando reportaban menor consumo energético, sugiriendo que durante esta etapa la distribución de grasa corporal puede verse influenciada por factores adicionales a la alimentación.

Esto podría explicarse debido a que los cambios hormonales propios de la menopausia favorecen la redistribución de grasa hacia un patrón central e incrementan la adiposidad visceral independientemente del peso corporal total o de la ingesta energética (Juppi et al., 2022; Opoku et al., 2023). En este contexto, el perímetro abdominal podría representar una medida más sensible que el IMC para detectar cambios relacionados con la conducta alimentaria durante esta etapa.

Respecto al objetivo general, que planteó si la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia para la ingesta alimentaria y la actividad física, así como sus conductas, se asocian con el IMC y perímetro abdominal en mujeres en etapa de menopausia, los resultados mostraron asociaciones de distinta magnitud entre las variables psicológicas, conductuales y los indicadores antropométricos evaluados.

En relación con la imagen corporal, se observó que mayores niveles de insatisfacción corporal se asociaron con mayores valores de IMC y perímetro abdominal. Estos resultados coinciden con lo reportado por Medeiros et al. (2024), quienes observaron que mayores valores de IMC incrementaban la probabilidad de presentar insatisfacción corporal, además de asociarse con mayor circunferencia abdominal. Este hallazgo podría explicarse debido a que durante la menopausia ocurren cambios fisiológicos asociados al envejecimiento y a la disminución de estrógenos, los cuales favorecen modificaciones en la composición corporal, particularmente el aumento y redistribución del tejido adiposo hacia la región abdominal. En consecuencia, dichos cambios podrían generar una mayor discrepancia entre la percepción corporal y la imagen corporal deseada, favoreciendo mayores niveles de insatisfacción corporal. Asimismo, Vincent et al. (2023) señalan que la transición menopáusica constituye una etapa caracterizada por cambios físicos y psicosociales que pueden influir en la percepción del cuerpo y en la satisfacción corporal.

Por otra parte, respecto a los síntomas depresivos, se observó una asociación positiva y estadísticamente significativa con el IMC; sin embargo, no se identificó una asociación significativa con el perímetro abdominal. Estos resultados sugieren que, en la población estudiada, mayores niveles de síntomas depresivos podrían relacionarse con mayores valores de IMC. Estos resultados coinciden con lo reportado por Tang et al. (2019), quienes identificaron que un IMC elevado se asociaba con mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos en mujeres durante la transición menopáusica. En conjunto, ambos hallazgos sugieren que el exceso de peso corporal podría relacionarse con el estado emocional durante esta etapa; sin embargo, dicha asociación parece presentar una magnitud limitada y depender de otros factores propios del proceso menopáusico.

Por otro lado, Zhang et al. (2025) señalaron indicadores que integran simultáneamente el IMC y la distribución corporal, como el Índice de Forma Corporal (ABSI), mostraron asociaciones más consistentes con los síntomas depresivos que el IMC o la circunferencia de cintura evaluados por separado. Este planteamiento podría contribuir a explicar por qué en el presente estudio no se observaron asociaciones significativas entre los síntomas depresivos y el perímetro abdominal de manera aislada. Una posible explicación es que durante la menopausia la presencia de síntomas depresivos podría no depender exclusivamente de indicadores antropométricos, sino también de factores asociados al proceso menopáusico, incluyendo cambios hormonales, condiciones de salud y aspectos relacionados con el bienestar psicológico.

En cuanto a la autoeficacia para la ingesta alimentaria y la actividad física, se observaron asociaciones negativas y estadísticamente significativas con el IMC y el perímetro abdominal, indicando que mayores niveles de confianza para mantener conductas saludables se relacionaron con menores indicadores antropométricos.

Estos resultados coinciden parcialmente con lo reportado por Rodríguez-Rojas et al. (2023), quienes encontraron que una mayor autoeficacia para el control del peso y dieta se asociaba con menores valores de IMC. Aunque dicho estudio evaluó una dimensión distinta de autoeficacia, ambos hallazgos sugieren que la percepción de capacidad personal para mantener conductas orientadas al cuidado de la salud podría relacionarse con un estado antropométrico más favorable.

Una posible explicación es que la autoeficacia constituye un recurso cognitivo que favorece el inicio y mantenimiento de conductas relacionadas con una alimentación saludable y la práctica regular de actividad física. En este sentido, mujeres con mayores niveles de autoeficacia podrían mostrar una mayor adherencia a hábitos que contribuyen al control del peso corporal y a una menor acumulación de adiposidad abdominal. Asimismo, estos resultados son congruentes con lo observado en objetivos previos del presente estudio, donde la autoeficacia mostró asociaciones significativas con las conductas alimentarias y la actividad física.

En cuanto a la conducta alimentaria y de actividad física, se observó que ambas variables presentaron asociaciones con los indicadores antropométricos. Por una parte, la conducta alimentaria únicamente mostró asociación con el perímetro abdominal y no

con el IMC, mientras que la actividad física presentó asociaciones negativas con ambos indicadores, indicando que mayores niveles de actividad física se relacionaron con menores valores de IMC y perímetro abdominal.

Estos resultados sugieren que la actividad física podría mostrar una relación más constante con el estado antropométrico durante la menopausia, mientras que la conducta alimentaria parecería reflejarse principalmente en indicadores relacionados con la distribución de grasa abdominal. Estos hallazgos son consistentes con lo observado previamente en el objetivo específico cuatro, donde dichas relaciones fueron analizadas con mayor profundidad.

En conjunto, los resultados sugieren que durante la menopausia los indicadores antropométricos podrían asociarse principalmente con variables relacionadas con la percepción corporal y determinadas conductas de salud, mientras que variables psicológicas como los síntomas depresivos y la autoeficacia mostraron asociaciones de menor magnitud.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio permiten concluir que en mujeres en etapa de menopausia existe una elevada presencia de exceso de peso y adiposidad abdominal, acompañada de una alta frecuencia de insatisfacción con la imagen corporal, inactividad física y presencia de síntomas depresivos. Estos hallazgos muestran que durante esta etapa interactúan factores físicos, psicológicos y conductuales que pueden influir en el bienestar y la salud de las mujeres.

Asimismo, se concluye que mayores niveles de insatisfacción corporal y síntomas depresivos se relacionaron con menores niveles de autoeficacia, mientras que una mayor autoeficacia se asoció con conductas más favorables relacionadas con la alimentación y la actividad física, destacando su relevancia como recurso para el cuidado de la salud.

También se identificó que la imagen corporal, la autoeficacia y sus conductas, presentaron asociación con indicadores de peso corporal. En conjunto, estos resultados apoyan parcialmente el modelo de Hill et al. (2013), al evidenciar relaciones entre factores psicológicos de riesgo, procesos de autorregulación y conductas energéticas asociadas con el peso corporal. Sin embargo, no todas las trayectorias planteadas mostraron asociaciones significativas, lo que sugiere que durante la menopausia podrían intervenir además factores biológicos y contextuales propios de esta etapa.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones, se sugiere profundizar en el estudio de la relación entre imagen corporal, síntomas depresivos, sobrepeso, obesidad y distribución de grasa corporal durante la menopausia, considerando posibles relaciones indirectas entre estas variables.

Asimismo, se recomienda desarrollar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución temporal de las variables estudiadas y establecer con mayor precisión la dirección de las relaciones identificadas, así como replicar el estudio en distintos contextos y escenarios de atención para explorar la consistencia de los resultados obtenidos.

Asimismo, se sugiere incorporar dentro de la valoración integral de mujeres en etapa de menopausia la evaluación de aspectos psicológicos como la imagen corporal y

la sintomatología depresiva, debido a su frecuencia observada y su relación con variables conductuales relevantes para la salud.

Se recomienda desarrollar e implementar intervenciones dirigidas a promover la actividad física en mujeres en etapa de menopausia, considerando su relación con indicadores antropométricos favorables observada en el presente estudio.

Finalmente, se recomienda incorporar variables adicionales relacionadas con composición corporal, calidad del sueño, y otros factores metabólicos que permitan ampliar la comprensión de los factores asociados al IMC y perímetro abdominal durante la menopausia.

Limitaciones

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra el diseño transversal, el cual permitió evaluar las variables en un único momento, sin contemplar cambios en las variables a lo largo del tiempo. Asimismo, se obtuvo una tasa más alta de no respuesta del 30%, para alcanzar el tamaño de muestra establecido fue necesario ampliar el número de mujeres invitadas a participar, aspecto que podría considerarse en futuras investigaciones con características similares.

Referencias Bibliográficas

- Abdelmola, A. O., Mesawa, R. M., Hakami, A. M., Ageeli, R. F., Khawaji, O. A., Ageeli, H. M., Alabood, Z. M., Kariri, H. D. H., & Abdelwahab, S. I. (2024). Determinants of knowledge and perception about menopause among Saudi women: A cross-sectional study. *Heliyon*, 10(12), e32935. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e32935>
- Alblooshi, S., Taylor, M., & Gill, N. (2023). Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australasian Psychiatry*, 31(2), 165-173. <https://doi.org/10.1177/10398562231165439>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Annesi, J. J., & Stewart, F. A. (2024). Self-regulatory and self-efficacy mechanisms of weight loss in women within a community-based behavioral obesity treatment. *Journal of Behavioral Medicine*, 47(5), 900-912. <https://doi.org/10.1007/s10865-024-00494-2>
- Arikawa, A. Y., & Kurzer, M. S. (2021). Associations between diet quality and anthropometric measures in white postmenopausal women. *Nutrients*, 13(6), 1947. <https://doi.org/10.3390/nu13061947>
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 139-161. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beckmann, C. R., & Ling, F. W. (2019). *Obstetricia y ginecología* (8.ª ed.). Wolters Kluwer.

- Bellard, A. M., Cornelissen, P. L., Mian, E., & Cazzato, V. (2021). The ageing body: Contributing attitudinal factors towards perceptual body size estimates in younger and middle-aged women. *Archives of Women's Mental Health*, 24, 93–105. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01046-8>
- Bień, A., Pokropska, A., Grzesik-Gąsior, J., Korzyńska-Piętas, M., Zarajczyk, M., Rzońca, E., & Jurek, K. (2025). Clinical factors affecting the quality of life of women with endometriosis. *Journal of Advanced Nursing*, 81(8), 4667–4680. <https://doi.org/10.1111/jan.16607>
- Bonsu, M. I., Brandt, C., Ajidahun, A. T., Moses, M. O., & Myezwa, H. (2023). Prevalence of excess weight and associated socio-demographic factors among postmenopausal women: A population-based study in Ghana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 15(1), e3781. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v15i1.3781>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Acerca del índice de masa corporal (IMC)*. <https://www.cdc.gov/bmi/es/about/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Diabetes y mujeres: Factores de riesgo*. <https://www.cdc.gov/diabetes/risk-factors/diabetes-and-women-1.html>
- Chen, J. L., Guo, J., Mao, P., Yang, J., Jiang, S., He, W., Lin, C.-X., & Lien, K. (2021). Are the factors associated with overweight/general obesity and abdominal obesity different depending on menopausal status? *PLOS ONE*, 16(2), e0245150. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245150>
- Doubova, S. V., Espinosa-Alarcón, P., Infante, C., Aguirre-Hernández, R., Rodríguez-Aguilar, L., Olivares-Santos, R., & Pérez-Cuevas, R. (2013). Adaptación y validación de escalas de autoeficacia y empoderamiento dirigidas a mujeres mexicanas en etapa de climaterio. *Salud Pública de México*, 55(3), 257–264. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7208>
- Erdélyi, A., Pálfi, E., Túú, L., Nas, K., Szűcs, Z., Török, M., Jakab, A., & Várbíró, S. (2023). The importance of nutrition in menopause and perimenopause—A review. *Nutrients*, 16(1), 27. <https://doi.org/10.3390/nu16010027>
- Fallahipour, L., Nazari, M., Karimi, M., & Zare, E. (2022). Effectiveness of educational intervention based on transtheoretical model on physical activity and menopausal

- symptoms. *BioMed Research International*, 2022, 1791445.
<https://doi.org/10.1155/2022/1791445>
- Fawcett, J. (2009). Using the Roy adaptation model to guide research and/or practice: Construction of conceptual-theoretical-empirical systems of knowledge. *Aquichan*, 9(3), 297–306.
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1527>
- Fenton, A. (2021). Weight, shape, and body composition changes at menopause. *Journal of Midlife Health*, 12(3), 187–192. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_123_21
- Fernández, C. T., Medina, A. S., Herrera, S. I. M., Rueda, M. S., & Fernández del Olmo, A. (2011). Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 405–417.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400009&lng=es&tlng=es
- Flor-Aleman, M., Marín-Jiménez, N., Nestares, T., Borges-Cosic, M., Aranda, P., & Aparicio, V. A. (2020). Mediterranean diet, tobacco consumption and body composition during perimenopause: The FLAMENCO project. *Maturitas*, 137, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.04.002>
- Galicia-Moyeda, I. X., Sánchez-Velasco, A., & Robles-Ojeda, F. J. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología*, 29(2), 491–500.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.124691>
- Gibson, C. J., Shiozawa, A., Epstein, A. J., Han, W., & Mancuso, S. (2023). Association between vasomotor symptom frequency and weight gain in the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*, 30(7), 709–716.
<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002198>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (7.ª ed.). Elsevier Health Sciences.
- Hamedanchi, A., Momtaz, Y. A., Khankeh, H. R., & Zanjari, N. (2020). The growth trend of never-married elderly population in Iran in the third millennium. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(6), 2837–2842.
https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_264_20

- Hao, S., Tan, S., Li, J., Li, W., Li, J., Cai, X., & Hong, Z. (2022). Dietary and exercise interventions for perimenopausal women: A health status impact study. *Frontiers in Nutrition*, 8, 752500. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.752500>
- Harris, C. V., Bradlyn, A. S., Coffman, J., Gunel, E., & Cottrell, L. (2008). BMI-based body size guides for women and men: Development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. *International Journal of Obesity*, 32(3), 336–342. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803704>
- Heinemann, K., Ruebig, A., Potthoff, P., Schneider, H. P., Strelow, F., Heinemann, L. A., & Do, M. T. (2004). The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 45. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>
- Hernández, S. R., & Mendoza, T. C. P. (2024). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2.^a ed.). McGraw-Hill.
- Hill, B., Skouteris, H., McCabe, M., Milgrom, J., Kent, B., Herring, S. J., Hartley-Clark, L., & Gale, J. (2013). A conceptual model of psychosocial risk and protective factors for excessive gestational weight gain. *Midwifery*, 29(2), 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.12.001>
- Huang, D. R., Goodship, A., Webber, I., Alaa, A., Riboli Sasco, E., Hayhoe, B., & El-Osta, A. (2023). Experience and severity of menopause symptoms and effects on health-seeking behaviours: A cross-sectional online survey of community-dwelling adults in the United Kingdom. *BMC Women's Health*, 23(1), 373. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02506-w>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023*. <https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). *18 de octubre: Día Mundial de la menopausia*. <https://www.insp.mx/avisos/18-de-octubre-dia-mundial-de-la-menopausia>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). *La salud de los mexicanos en cifras: Resultados de la ENSANUT 2022*. <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-salud-de-los-mexicanos-en-cifras-resultados-de-la-ensanut-2022>
- International Agency for Research on Cancer. (2025). *WHO guidelines on waist circumference and physical activity and their joint association with cancer risk*. <https://www.iarc.who.int/news-events/who-guidelines-on-waist-circumference-and-physical-activity-and-their-joint-association-with-cancer-risk/>
- Javier-Aliaga, D., Quispe, G., Anicama, J., Mendigure Fernandez, J., Miranda-Limachi, K., Calizaya-Milla, Y. E., Gálvez-Díaz, N. D. C., Barreto-Espinoza, L. A., & Saintila, J. (2025). Creation and validation of the brief healthy eating habits scale (BHEHS-6B, version 1.0), based on Harvard's Healthy Eating Plate, in a sample of young, middle-aged, and older Peruvian adults. *Nutrients*, 17(11), 1795. <https://doi.org/10.3390/nu17111795>
- Juppi, H.-K., Sipilä, S., Fachada, V., Hyvärinen, M., Cronin, N., Aukee, P., Karppinen, J. E., Selänne, H., Kujala, U. M., Kovanen, V., Karvinen, S., & Laakkonen, E. K. (2022). Total and regional body adiposity increases during menopause: Evidence from a follow-up study. *Aging Cell*, 21(6), e13621. <https://doi.org/10.1111/accel.13621>
- Khalafi, M., Maleki, A. H., Sakhaei, M. H., Rosenkranz, S. K., Pourvaghar, M. J., Ehsanifar, M., Bayat, H., Korivi, M., & Liu, Y. (2023). The effects of exercise training on body composition in postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1183765. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1183765>
- Knight, M. G., Anekwe, C., Washington, K., Akam, E. Y., Wang, E., & Stanford, F. C. (2021). Weight regulation in menopause. *Menopause*, 28(8), 960–965. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001792>
- Krajewska-Ferishah, K., Kułak-Bejda, A., Szyszko-Perłowska, A., Shpakou, A., Van Damme-Ostapowicz, K., & Chatzopulu, A. (2022). Risk of depression during menopause in women from Poland, Belarus, Belgium, and Greece. *Journal of Clinical Medicine*, 11(12), 3371. <https://doi.org/10.3390/jcm11123371>

- Krzyżanowska, M., & Górecka, K. (2021). Women's knowledge on the menopausal transition in relation to their socio-economic status. *Menopause Review*, 20(2), 81–87. <https://doi.org/10.5114/pm.2021.106891>
- Kuck, M. J., & Hogervorst, E. (2024). Stress, depression, and anxiety: Psychological complaints across menopausal stages. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1323743. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1323743>
- Kulak, A., Toros, T., Ogras, E. B., Etiler, I. E., Bagci, E., Gokyurek, B., & Bilgin, U. (2023). The impact of sustainable exercise on self-efficacy and life satisfaction in women before and after menopause. *Behavioral Sciences*, 13(9), 759. <https://doi.org/10.3390/bs13090759>
- Lima, A. P., Nunes, A. P. O. B., Nicoletti, C. F., & Benatti, F. B. (2024). Trend in the prevalence of overweight and obese adults in São Paulo, Brazil: Analysis between the years 2006 and 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4), 502. <https://doi.org/10.3390/ijerph21040502>
- Ling, J., & Wang, Y. H. (2023). Association between depressive mood and body image and menopausal symptoms and sexual function in perimenopausal women. *World Journal of Clinical Cases*, 11(32), 7761–7769. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i32.7761>
- Liu, Y., Mao, S., Xie, W., Humińska-Lisowska, K. A., Sawczyn, M. H., Dzitkowska-Zabielska, M., Qian, G., & Ossowski, Z. (2024). Relationship between physical activity and abdominal obesity and metabolic markers in postmenopausal women. *Scientific Reports*, 14, 26496. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-77900-x>
- Macías-Cortés, E. C., & Llanes-González, L. (2018). Asociación entre síntomas climatéricos y depresivos en mujeres mexicanas. *Revista del Hospital Juárez de México*, 85(4), 185–194. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84028>
- Magistro, D., Vagnetti, R., Ansdell, P., & Piasecki, J. (2025). Self-efficacy, quality of life, physical activity and educational interventions in menopausal women: A cross-sectional and pre-post study using Bayesian structural equation modelling. *Maturitas*, 203, 108774. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2025.108774>

- Majd, M. M., Rayanpour, R., & Mosahebfard, F. (2026). Self-efficacy and self-esteem are associated with health-promoting lifestyle in Iranian post-menopausal women: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 26, 38. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04219-8>
- Mallaram, G. K., Sharma, P., Kattula, D., Singh, S., & Pavuluru, P. (2023). Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: A cross-sectional study among female medical students. *Journal of Eating Disorders*, 11, 225. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00945-2>
- Medeiros de Moraes, M. S., Macêdo, S. G., Nascimento, R. A., Apolinário-Vieira, C. A., Moreira, M. A., da Câmara, S. M. A., Graças Almeida, M., & Alvaro-Campos, C. M. (2024). Dissatisfaction with body image and weight gain in middle-aged women: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 19(1), e0290380. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290380>
- Monterrosa-Castro, Á., Paternina-Caicedo, Á. J., Herazo-Acevedo, E., Oviedo-Acevedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2017). Utilidad de la escala de calificación de menopausia (MRS) en indígenas colombianas en climaterio. *Duazary*, 14(1), 8–15. <https://www.redalyc.org/journal/5121/512158787013/html/>
- Mosconi, L., Berti, V., Dyke, J., Schelbaum, E., Jett, S., Loughlin, L., Jang, G., Rahman, A., Hristov, H., Pahlajani, S., Andrews, R., Matthews, D., Etingin, O., Ganzer, C., de Leon, M., Isaacson, R., & Brinton, R. D. (2021). Menopause impacts human brain structure, connectivity, energy metabolism, and amyloid-beta deposition. *Scientific Reports*, 11, 10867. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90084-y>
- Muchanga, S. M. J., Lumumba, A. L., Kamba, B. J. P., Mbelambela, E. P., Villanueva, A. F., Siburian, M. D., & Tozin, R. R. (2021). Knowledge, attitudes and practices towards menopause among Congolese middle-aged and postmenopausal women. *The Pan African Medical Journal*, 38, 315. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.315.20342>
- Munn, C., Vaughan, L., Talaulikar, V., Davies, M. C., & Harper, J. C. (2022). Menopause knowledge and education in women under 40: Results from an

- online survey. *Women's Health*, 18, 1–10.
<https://doi.org/10.1177/17455057221139660>
- National Institute on Aging. (2024). *What is menopause?*
<https://www.nia.nih.gov/health/menopause/what-menopause>
- Nazarpour, S., Simbar, M., Majd, H. A., Torkamani, Z. J., Andarvar, K. D., & Rahnamaei, F. (2021). The relationship between postmenopausal women's body image and the severity of menopausal symptoms. *BMC Public Health*, 21, 1599.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11643-6>
- Opoku, A. A., Abushama, M., & Konje, J. C. (2023). Obesity and menopause. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 88, 102348.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102348>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation, Geneva, 8–11 December 2008* (WHO Technical Report Series No. 9789241501491).
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Menopausia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Trastorno depresivo (depresión)*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortiz-Luna, G. F., Arellano-Eguiluz, A., Sánchez-Ceballos, A., Salazar-Jiménez, C., Escobar-Del Barco, L. G., & Zavala-García, A. (2020). Descripción demográfica, bioquímica y sintomática según los estadios reproductivos STRAW+10 en mujeres mexicanas en la peri y posmenopausia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(1), 29–40. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3282>
- Palacios, J., Ramírez, V., Anaya, M., Hernández, H. L., & Martínez, R. (2017). Evaluación psicométrica de una escala de autoeficacia de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(1), 95–102.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75182017000100013>

- Peacock, K., Carlson, K., & Ketvertis, K. M. (2023). Menopause. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507826/>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Dow Jones-Irwin.
- Randstad México. (2026). *Análisis de la brecha salarial en México 2026*. <https://www.randstad.com.mx/noticias-rh/tendencias-laborales/analisis-de-la-brecha-salarial-en-mexico-2026>
- Rivera-Ochoa, F. S., González-Herrera, I. V., Zacarías-Flores, M., Correa-Muñoz, E., Mendoza-Núñez, V. M., & Sánchez-Rodríguez, M. A. (2022). Relationship between self-perception of aging and quality of life in the different stages of reproductive aging in Mexican women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6839. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116839>
- Rodríguez-Rojas, G., Cossío-Torres, P., Galicia-Aguila, R. M., & Landeros-Olvera, E. (2023). Relación de autoeficacia para el control de peso y resiliencia en mujeres mexicanas. *Sanus*, 8, e403. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.403>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Saarinen, T., Savukoski, S. M., Pesonen, P., Vaaramo, E., Laitinen, J., Varanka-Ruuska, T., Ala-Mursula, L., & Niinimäki, M. (2024). Climacteric status at age 46 is associated with poorer work ability, lower 2-year participation in working life, and a higher 7-year disability retirement rate: A Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *Menopause*, 31(4), 275–281. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000002327>
- Salazar, I. J. R., Orozco, M. E. Á., Juárez, B. M., & Martínez, V. G. (2023). Autoeficacia para actividad física en adultos mayores con diabetes mellitus II de San Bartolomé Tlaltelulco. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(3), 7187–7202. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6711
- Sánchez-Prieto, M., Domínguez-Osorio, N. A., Morillo-Sallent, E., Platón-Galofré, C., López-Sanclemente, M., & Sánchez-Borrego, R. (2023). La relación entre la transición a la menopausia y los trastornos del estado de ánimo. *Revista Chilena*

- de Obstetricia y Ginecología*, 88(6), 382–388.
<https://doi.org/10.24875/rechog.23000106>
- Sanz, J., & Vázquez, C. (2011). *BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II. Adaptación española*. Pearson Educación.
- Secretaría de Salud. (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer: Criterios para brindar atención médica*. Diario Oficial de la Federación.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaría de Salud. (2019). *Programa sectorial de salud 2019–2024*.
https://saludsinaloa.gob.mx/wp-content/uploads/2019/transparencia/PROGRAM_SECTORIAL_DE_SALUD_2019_2024.pdf
- Sievert, L. L., & Hautaniemi, S. I. (2003). Age at menopause in Puebla, Mexico. *Human Biology*, 75(2), 205–226. <https://doi.org/10.1353/hub.2003.0037>
- Simbar, M., Nazarpour, S., Alavi Majd, H., Dodel Andarvar, K., Jafari Torkamani, Z., & Alsadat Rahnemaei, F. (2020). Is body image a predictor of women's depression and anxiety in postmenopausal women? *BMC Psychiatry*, 20, 202.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02617-w>
- Simpson, S. J., Raubenheimer, D., Black, K. I., & Conigrave, A. D. (2023). Weight gain during the menopause transition: Evidence for a mechanism dependent on protein leverage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 130(1), 4–10. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17290>
- Son, W.-H., Park, H.-T., Jeon, B. H., & Ha, M.-S. (2023). Moderate intensity walking exercises reduce the body mass index and vascular inflammatory factors in postmenopausal women with obesity: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 13, 20172. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47403-2>

- Szymona-Pałkowska, K., Adamczuk, J., Sapalska, M., Gorbaniuk, O., Robak, J. M., & Krackowski, J. J. (2019). Body image in perimenopausal women. *Menopause Review, 18*(4), 210–216. <https://doi.org/10.5114/pm.2019.93119>
- Tang, R., Luo, M., Li, J., Peng, Y., Wang, Y., Lui, B., Lui, G., Wang, Y., Lin, S., & Chen, R. (2019). Symptoms of anxiety and depression among Chinese women transitioning through menopause: Findings from a prospective community-based cohort study. *Fertility and Sterility, 112*(6), 1160–1171. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.005>
- Tariq, B., Phillips, S., Biswakarma, R., Talaulikar, V., & Harper, J. C. (2023). Women's knowledge and attitudes to the menopause: A comparison of women over 40 who were in the perimenopause, post menopause and those not in the peri or post menopause. *BMC Women's Health, 23*, 460. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02424-x>
- Teja, N. M. A. Y. R., Ekawati, N. K., & Wulanyani, N. M. S. (2019). Correlation between knowledge, body image perception and self-efficacy with anxiety in perimenopausal women in Dauh Puri Klod Village, Bali. *Public Health and Preventive Medicine Archive, 7*(1), 26–31. <https://doi.org/10.53638/phpma.2019.v7.i1.p06>
- Tomlinson, H. (2023). *How does menopause affect women in the workplace?* World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2023/04/growth-summit-23-how-does-menopause-affect-women-in-workplace/>
- Troy, L. M., & Witkowski, S. (2019). Components of a healthful diet are associated with waist circumference among pre- and postmenopausal women. *Innovation in Aging, 3*(Suppl. 1), S55. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.214>
- Vega-Dienstmaier, J. M., Coronado-Molina, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de Neuropsiquiatría, 77*(2), 95–103. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000200006&script=sci_abstract
- Velasco-Murillo, V., Navarrete Hernández, E., Ojeda-Mijares, R. I., Pozos-Cavanzo, J. L., Camacho Rodríguez, M. de los Á., & Cardona Pérez, J. A. (2000).

- Experiencias y conocimientos sobre climaterio y menopausia en mujeres de la ciudad de México. *Gaceta Médica de México*, 136(6), 555–564.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3948559>
- Vincent, C., Bodnaruc, A. M., Prud'homme, D., Olson, V., & Giroux, I. (2023). Associations between menopause and body image: A systematic review. *Women's Health*, 19, 1–14. <https://doi.org/10.1177/17455057231209536>
- Weidner, K., Bittner, A., Beutel, M., Goeckenjan, M., Brähler, E., & Garthus-Niegel, S. (2020). The role of stress and self-efficacy in somatic and psychological symptoms during the climacteric period: Is there a specific association? *Maturitas*, 136, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.03.004>
- Zhang, Z., Ruan, X.-Y., & Ma, W. (2025). The association between a body shape index and depressive symptoms: A cross-sectional study using NHANES data (2011–2018). *Frontiers in Nutrition*, 11, 1510218.
<https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1510218>
- Zhao, Q., & Zhao, D. (2025). Prediction of first marriage age in China and factors associated with marriage delay: Analysis of the 2020 national census data. *PLOS ONE*, 20(12), e0338259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0338259>

Anexos



Anexo 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Imagen Corporal, Síntomas Depresivos, Autoeficacia y Peso Corporal en Mujeres en Etapa de Menopausia

Autores/Estudiantes: Lic. Tania Miroslava Reyna Salinas

Director de Tesis/Asesor: Dra. Norma Edith Cruz Chávez

Estimada Señora:

Introducción/Objetivo:

Se está realizando un proyecto de investigación para fines científicos (para obtención el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería). El objetivo del estudio es conocer la relación entre la imagen corporal, los síntomas depresivos, la autoeficacia y el peso en mujeres en etapa de menopausia. Este estudio se está llevando a cabo en instituciones de salud del área metropolitana de Monterrey y está dirigido a mujeres de entre 40 y 65 años.

Procedimientos:

Si usted acepta participar, ocurrirá lo siguiente:

1. Se le aplicarán algunos cuestionarios con preguntas sobre imagen corporal, síntomas depresivos, autoeficacia y datos sociodemográficos.
2. Se realizarán mediciones físicas como peso, talla para calcular el índice de masa corporal (IMC) así como perímetro abdominal.
3. El tiempo estimado de participación es de aproximadamente 20 minutos. Toda la información será tratada de forma confidencial.

Posibles Riesgos Potenciales / Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si presenta alguna incomodidad emocional al responder algunos cuestionarios, pero puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Beneficios: Aunque no existen beneficios directos para usted, se le podrá dar a conocer datos sobre su peso y talla, así como identificar aspectos relacionados con su salud emocional. Esta información puede ser útil para que acuda a su unidad de salud correspondiente. Además, su participación contribuirá al conocimiento científico en torno a la salud de las mujeres.

Compromiso del investigador: Se garantiza que se atenderán todas sus preguntas o dudas sobre este estudio, tanto antes como durante su participación. Puede solicitar en cualquier momento más información sobre los procedimientos, riesgos y beneficios.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el autor principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio

serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

Participación Voluntaria / Retiro:

la participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en la institución.

En caso de que desee contactar al presidente del comité de ética en investigación de la facultad de enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en A. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L. En un horario de 9:00 a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico:

investigación.faen@gmail.com. Si usted acepta participar en el estudio le entregaré una copia de este documento que le pediré que sea tan amable de firmar. Se deberá firmar el formato o representantes y 2 testigos, se entregará un duplicado de la hoja informativa del consentimiento informado, así como la hoja de firmas.

Declaro que he sido informada sobre el estudio, sus objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos. Mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento sin que esto me cause perjuicio alguno.

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo 1 _____

Fecha: _____

Testigo 2 _____

Fecha: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____

Fecha: _____

Anexo 2

Cédula de Datos Personales

Por favor, complete cada pregunta marcando con una “X” o escribiendo la información solicitada. La información será anónima y utilizada solo para fines de investigación. Si tiene dudas, acérquese al investigador. Sus datos serán tratados de manera estrictamente confidencial.

I. Datos personales

1. Edad: _____ años
2. Estado civil:
☐ Soltera ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Unión libre

☐ Otro/especifique _____
3. Años de estudio (Totales): _____ años.
4. Ocupación:

☐ Empleada ☐ Ama de casa ☐ Jubilada y/o pensionada ☐ Desempleada

☐ Otro: _____
5. Ingreso mensual aproximado:
☐ Menos de \$5,000 MXN ☐ \$5,000 - \$10,000 MXN ☐ Más de \$10,000 MXN
6. Enfermedades crónicas:

☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensión arterial ☐ Problemas
cardíacos ☐ Enfermedad oncológica ☐ Otro(s):

7. ¿Realiza actualmente actividad física?
☐ Si ☐ No
8. Si su respuesta es sí, ¿Cuál?

9. Aproximadamente, ¿Cuántos minutos le dedica a la actividad física?

10. ¿Cuántas veces a la semana le dedica?

II. Datos sobre periodo menstrual

11. ¿Cuál fue la fecha de su última menstruación?

12. ¿Cuántos días le duro su última menstruación?

☐ Menos de 7 días

☐ Entre 7 y 14 días

☐ Más de 14 días

13. ¿Ha tenido ausencia de menstruación en los meses anteriores?

☐ No

☐ Sí, menos de 60 días

☐ Sí, más de 60 días

14. ¿Utiliza actualmente terapia de reemplazo hormonal? En caso afirmativo, especifique el tipo y tiempo de uso:

III. Datos antropométricos

15. Peso: _____ kg

16. Estatura: _____ m

17. Perímetro abdominal: _____ cm

18. Índice de Masa Corporal (IMC): _____

Perímetro abdominal

Sin riesgo	≤ 80 cm
Moderado	81-87 cm
Alto	≥ 88

Clasificación	IMC
Bajo peso	< 18.5
Peso normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0

Clasificación del IMC seguirá los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2022), $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 (m^2)$.

Anexo 3

Protocolo para la Toma de Peso

Definición: Procedimiento estandarizado que consiste en la medición precisa de la masa corporal total de un individuo mediante el uso de una báscula calibrada.

1. Obtener un espacio dado por la institución con privacidad para poder realizar el procedimiento protegiendo la integridad de las participantes.
2. Verificar que la báscula tipo Tanita esté calibrada, con baterías, incluyendo de repuesto y colocada en una superficie plana y estable.
3. Informar a la participante que se procederá a medir su peso corporal y explicar el procedimiento de manera clara y sencilla.
4. Solicitar a la participante que retire su calzado, ropa o accesorios pesados y voluminosos, o cualquier otro objeto que pueda afectar la medición de su peso.
5. Pedir a la participante que se coloque de pie sobre la báscula, con la mirada al frente, los brazos relajados a los costados y los pies centrados en la plataforma de medición.
6. Asegurarse de que la participante se mantenga en equilibrio y cómoda durante la medición.
7. Permanecer a un costado de la participante para brindar apoyo en caso de pérdida de equilibrio.
8. Registrar el peso indicado por la báscula en la cédula de datos personales, expresado en kilogramos (kg).
9. Indicar a la participante que el procedimiento concluyo y brindarle apoyo si es necesario al bajar de la báscula.
10. Agradecer a la participante por su colaboración y proceder a la siguiente medición.
11. Realizar limpieza de la báscula con una toallita y alcohol.

Anexo 4

Protocolo para la Toma de Talla

Definición: Medición antropométrica lineal de la estatura del individuo, realizada en posición anatómica de bipedestación con un estadiómetro calibrado.

1. Verificar que el estadiómetro esté completo y colocado en una superficie plana y estable, preferentemente en una pared.
2. Explicar a la participante que se procederá a medir su estatura y detallar el procedimiento de forma clara.
3. Solicitar a la participante que retire su calzado y cualquier accesorio voluminoso de la cabeza, en caso de ser necesario.
4. Pedir a la participante que se coloque de espaldas al estadiómetro, con los talones juntos, la espalda recta, los glúteos y la parte superior de la espalda tocando el equipo.
5. Indicar a la participante que mantenga la cabeza en posición neutral, mirando hacia adelante.
6. Verificar que los brazos estén relajados a los costados y que los pies permanezcan planos sobre el suelo.
7. Deslizar suavemente la barra del estadiómetro hasta que toque la parte superior de la cabeza de la participante.
8. Informar a la participante que termino el procedimiento y brindarle apoyo si es necesario.
9. Registrar la estatura obtenida en centímetros (cm) en la cédula de datos personales.
10. Agradecer a la participante por su colaboración y proceder a la siguiente medición.

Anexo 5

Protocolo para la Toma de Perímetro Abdominal

Definición: Procedimiento antropométrico que consiste en la medición del perímetro abdominal en el punto anatómico definido entre la cresta iliaca y el borde inferior de la última costilla.

1. Explicar a la participante que se procederá a medir el perímetro abdominal y detallar el procedimiento de manera clara y respetuosa.
2. Garantizar la privacidad de la participante mediante un espacio cerrado o delimitado.
3. Solicitar a la participante que se coloque de pie, con los pies separados aproximadamente a la altura de los hombros y los brazos relajados a los costados.
4. Identificar la ubicación anatómica para la medición, localizando el punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca.
5. Utilizar una cinta métrica de fibra de vidrio, flexible y no extensible.
6. Rodear la cinta métrica alrededor de la cintura de la participante, asegurándose de que esté paralela al suelo y ajustada sin comprimir la piel.
7. Solicitar a la participante que respire de manera normal y realizar la medición al final de una espiración.
8. Registrar el perímetro abdominal en centímetros (cm) en la cédula de datos personales.
9. Hay que asegurar que la participante se sienta cómoda durante y después del procedimiento.
10. Agradecer a la participante por su colaboración y proceder a la siguiente etapa del estudio.
11. Realizar limpieza de la cinta con una toallita y alcohol.

Anexo 6

Adaptación de la escala STRAW + 10 para clasificación de etapas de menopausia

La clasificación de la menopausia se divide en tres categorías. La primera, transición a la menopausia (estadios -2 a -1), incluye la fase temprana, caracterizada por un aumento en la variabilidad de la duración del ciclo menstrual mayor a 7 días en ciclos consecutivos (estadio -2), y la fase tardía, definida por amenorrea secundaria de al menos 60 días (estadio -1), con probables SVM. La segunda categoría, posmenopausia temprana (estadios +1ª a +1C), comprende el primer año de posmenopausia (estadio +1ª, +1b y +1c), el segundo año (+1b) y del tercero al sexto año (+1b), abarcando los primeros 8 años de amenorrea (menopausia, estadio 0), con una mayor probabilidad de SVM. Finalmente, la posmenopausia tardía (estadio +2) corresponde a la etapa en la que ocurren cambios endocrinos y envejecimiento somático, con un aumento en los síntomas de atrofia urogenital.

Clasificación de etapas de menopausia

	Transición menopausia		Menopausia	Posmenopausia
Estadios	-2	-1	0	estadios +1ª - +2
Criterio principal: Ciclo menstrual	duración >7 días en ciclos consecutivos	Intervalo de amenorrea >=60 días	Amenorrea 12 meses consecutivos	Amenorrea >=2 años
Características descriptivas: síntomas		Síntomas vasomotores (SVM) iniciales: • Bochornos • Sudoraciones nocturnas Síntomas del sueño: • Insomnio Síntomas genitourinarios incipientes: • Sequedad vaginal • Dispareunia ocasional	SVM más intensos y frecuentes: • Bochornos • Sudoraciones nocturnas Alteraciones del sueño: • Insomnio persistente Inicio de cambios urogenitales más notorios: • Sequedad vaginal	Disminuyen los SVM en frecuencia, aunque pueden persistir Síntomas urogenitales progresivos: • Sequedad vaginal • Dispareunia • Incontinencia urinaria

			• Dispareunia Otros: • Cambios en el estado de ánimo	Síntomas somáticos y de envejecimiento: Dolores articulares Cambios metabólicos y de peso
--	--	--	--	---

Elaboración propia T. Reyna & N. Cruz 2025, Adaptado y tomado de Ortiz-Luna et al. 2020.

Descripción de tabla:

Categoría 1: transición a la menopausia (estadios -2 a -1)

Temprana: mujeres con aumento en la variabilidad de la duración del ciclo menstrual mayor de 7 días en ciclos consecutivos (estadio -2).

Tardía: amenorrea secundaria de al menos 60 días (estadio -1). *Probables síntomas vasomotores*

Categoría 2: post menopausia temprana (estadios +1^a a +1C)

Temprano: un año de posmenopausia (estadio +1^a, +1b y +1c) segundo año de posmenopausia (+1b) del tercero al sexto año al estadio +1b primeros 8 años de amenorrea (**menopausia, estadio 0**) *Mas probables síntomas vasomotores*

Categoría 3: posmenopausia tardía (estadio +2)

Tardío: periodo con cambios endocrinos y envejecimiento somático (+2) *Aumento de los síntomas de atrofia urogenital*

Anexo 7

Guía de Tamaño Corporal Basada en el IMC (BSG)

© Harris et al. (2008)

Anexo 8

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

© Beck et al. (1961). Adaptación al español por Sanz y Vázquez (2011).

Anexo 9

Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria

© Palacios et al. (2017)

Anexo 10

Escala de Autoeficacia para la Actividad Física (EAF)

© Fernández et al. (2011)

Anexo 11

Evaluación de Síntomas Menopáusicos (MRS)

© Heinemann et al. (2004)

Anexo 12

Escala breve de hábitos de alimentación saludable

© Javier-Aliaga et al. (2025)

Anexo 13

Díptico

 **Recursos de apoyo psicológico y emocional:**

 Línea de la Vida
Apoyo emocional 24/7
 01 800 911 2000

 Secretaría de Salud de Nuevo León
Atención psicológica gratuita
 81 8130 0008





"ESCUCHARTE Y CUIDARTE ES UN ACTO DE AMOR PROPIO."

ACOMPAÑAMIENTO Y BIENESTAR DURANTE LA MENOPAUSIA



 Proyecto #NoHaySaludSinSaludMental
<https://www.psicologosnl.com/services-6>

Página de un proyecto de la Universidad Autónoma de Madrid y la Asociación de Psicólogos de Nuevo León, se suma al esfuerzo y compromiso global de promover la salud mental y el bienestar y lograr una cobertura sanitaria universal.



INFORMACIÓN ÚTIL PARA TU SALUD FÍSICA, EMOCIONAL Y MENTAL



¿Qué es la menopausia?

- Etapa natural en la vida de toda mujer, que marca el fin de la menstruación (12 meses consecutivos sin regla).
- Suele ocurrir entre los 45 y 55 años.
- Puede venir acompañada de síntomas físicos y emocionales: bochornos, cambios de humor, ansiedad, tristeza, insomnio, etc.

APP RECOMENDADA: KALA TU GUÍA DURANTE LA MENOPAUSIA

¿Qué es Kala?

Kala es una aplicación diseñada para mujeres en transición menopáusica. Te ayuda a entender tus síntomas, llevar un registro, y conectarte con profesionales de la salud.



Funciones útiles:

- Seguimiento de síntomas (bochornos, sueño, estado de ánimo, etc.)
- Consejos personalizados de bienestar
- Recursos educativos y de autocuidado
- Comunidad para compartir experiencias

📱 Disponible en Android y iOS
🔍 Búscala como "Kala - Menopause App"

¿Cómo cuidar tu salud durante esta etapa?

- Mantente informada sobre los cambios que experimentas.
- Practica actividad física regular.
- Lleva una alimentación balanceada.
- Busca apoyo emocional: hablar con otras mujeres, familiares o profesionales.
- No estás sola: ¡hay recursos que pueden ayudarte!




¿Por qué es importante tu participación en estas encuestas?



Tu experiencia es valiosa. Responder este cuestionario contribuirá a generar mayor conocimiento sobre la salud mental, física y emocional de las mujeres. Tu información es confidencial.

🙌 ¡Gracias por tu participación!

Números de apoyo psicológico (dentro del díptico)

La Secretaría de Salud de Nuevo León: Ofrece atención psicológica gratuita a través de la línea 81 8130 0008.

Unidad de Servicios Psicológicos en Facultad de Psicología UANL: (81) 8333 – 7859 ext. 305, de lunes a viernes en horario de 8:00 a 17:00 horas.

Línea de la vida: Brinda apoyo emocional, orientación y recursos para quienes experimentan síntomas de depresión. 01 800 911 2000 (24 hrs, 356 días del año).

“#No hay salud sin salud mental”: Este proyecto, junto a la Universidad Autónoma de Madrid y la Asociación de Psicólogos de Nuevo León, se suma al esfuerzo y compromiso global de promover la salud mental y el bienestar y lograr una cobertura sanitaria universal.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Hospital Universitario departamento de psiquiatría: Información sobre citas y costos en 8183891182 ext. 2268/2807

Resumen Autobiográfico

Lic. Tania Miroslava Reyna Salinas

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: IMAGEN CORPORAL, SÍNTOMAS DEPRESIVOS, AUTOEFICACIA Y PESO CORPORAL EN MUJERES EN ETAPA DE MENOPAUSIA

LGAC: Cuidado a la Salud en Riesgo de Desarrollar Estados Crónicos y en Grupos Vulnerables.

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León, el 16 de noviembre de 1996, hija de la Sra. Rebeca Salinas Rincón y del Sr. Gonzalo Reyna Reyna.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con el grado de Licenciatura en Enfermería en el año 2023. Becaria de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante el periodo 2024-2026.

Experiencia profesional: Pasante de servicio social en el Hospital Universitario José Eleuterio González. Enfermera en Clínica María Luisa Tecnológico septiembre 2022 a marzo 2024.

Investigación: Estancia de Investigación en la Facultad de Enfermería Sede Bogotá, de la Universidad Nacional de Colombia, junio 2025. Participación y presentación en modalidad cartel en 6° Congreso Internacional de Innovación y Transformación Educativa en la Era Digital 2025.

Correo electrónico: taniareyna1611@gmail.com