

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A LA MENOPAUSIA

CRISTINA LARROY*

SONIA GUTIÉRREZ

Y

LILIANA LEÓN

Universidad Complutense de Madrid, España

ABSTRACT

The climacteric period is associated with several symptoms (physical, psychological and social symptoms) that can be treated by cognitive-behavioral approach. In this study, we employ a cognitive-behavioral intervention program to reduce the symptoms and to improve life quality in thirty climacteric women. Results show that the program is useful to control symptoms associated to menopause.

Key words: Menstruation, climacteric, quality of life, cognitive-behavioral approach.

RESUMEN

El cese definitivo de la menstruación se presenta asociado a una serie de síntomas físicos, psicológicos y sociales susceptibles de ser abordados mediante técnicas cognitivo conductuales. En el presente trabajo se presenta un programa de intervención basado en dichas técnicas. Treinta mujeres climatéricas siguieron este programa durante diez semanas. Los resultados indican que el programa consigue la reducción de los síntomas y la mejora de la calidad de vida.

Palabras clave: menstruación, climaterio, calidad de vida, aproximación cognitivo-conductual.

* Correspondencia: CRISTINA LARROY. Departamento de Psicología Clínica, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, s/n, 28223 Madrid, España. Correo electrónico: anier@correo.cop.es

INTRODUCCIÓN

La menopausia se define como el cese permanente de las menstruaciones debido al agotamiento de la actividad folicular ovárica.

El concepto de menopausia está íntimamente relacionado con el de climaterio, que es la fase del proceso de envejecimiento de la mujer, y que incluye tres períodos. El primero de ellos es el premenopáusico y comprende de uno a ocho años antes de producirse la menopausia. En este período empiezan a aparecer una serie de cambios graduales en el sistema endocrino, así como manifestaciones clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia. Se diagnostica ésta (segundo período) tras haberse producido un año de amenorrea (falta de menstruación durante el ciclo) menstrual. La etapa postmenopáusica comprende desde la menopausia confirmada hasta la senectud.

La menopausia suele instaurarse alrededor de los cuarenta o cincuenta años (en España, la media se sitúa en torno a los cuarenta y seis), siendo considerada precoz cuando aparece antes de los cuarenta años.

Es importante abarcar el concepto de la menopausia desde los tres principales factores que influyen en ella: los aspectos sociales, los familiares y los fisiológicos (Sánchez-Cánovas, 1996).

Comienzan a aparecer en esta etapa una serie de acontecimientos vitales importantes (preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, cuidado de padres y nietos, riñas con la pareja, síndrome del nido vacío, problemas de índole sexual, etc.) que, como consecuencia, pueden provocar una disminución en el bienestar y calidad de vida de la mujer, conduciendo a estados depresivos y/o de ansiedad que, al relacionarse con los problemas físicos que aparecen asimismo en este período (trastornos cardiovasculares, aparición de várices, osteoporosis, sequedad vaginal, sofocos, etc.) pueden provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia. Hay que considerar, además, que el término menopausia ha sido utilizado por la sociedad en multitud de ocasiones en forma despectiva

o como sinónimo de enfermedad (endocrinopatía), por lo que la llegada de la menopausia puede llegar a convertirse en un suceso verdaderamente estresante para algunas mujeres. Por este motivo, para prevenir o tratar patologías, mejorar la salud e incrementar la calidad de vida en esta etapa, el tema ha de tratarse desde una visión integral de todos los factores que se incluyen en el mismo.

Los síntomas de la menopausia deben diferenciarse en dos grupos. Por un lado, los síntomas primarios, incluyendo a los síntomas vasomotores (sofocos), osteoporosis y atrofia vaginal; por otro, los síntomas secundarios, como la fatiga, la depresión, la ansiedad, el insomnio, la irritabilidad, los dolores de cabeza y la ganancia de peso. Estos últimos no parecen estar asociados a la menopausia sino a características premenopáusicas, a los múltiples roles que en esta etapa las mujeres han de asumir, al conjunto de acontecimientos vitales que suceden en este período y a la edad; y pueden ser abordados desde una perspectiva cognitivo-conductual.

Asimismo, diversas investigaciones han encontrado una relación entre el estrés y algunos de los síntomas primarios, y en concreto, con la aparición de sofocos (Gannon, Hensel y Goodwin, 1987). Esos autores encontraron que los sofocos son más prevalentes durante tareas estresantes. Por tanto, un síntoma físico característico de la menopausia, tan desagradable para las mujeres, podría ser susceptible de ser tratado mediante tratamiento cognitivo-conductual.

Por otro lado, la sintomatología de la menopausia parece estar relacionada con las diferencias culturales (Matthews, 1991). Así, en aquellas culturas donde la mujer madura es considerada importante por su experiencia y se encuentra perfectamente integrada dentro de su estatus social, apenas refiere sintomatología relacionada con la menopausia. Por el contrario, en las civilizaciones occidentales y los países más desarrollados, donde la belleza y la juventud son excesivamente valoradas por la sociedad, la mujer madura atraviesa el período climatérico con muchas más dificultades y con una sintomatología más intensa. Pero también en aque-

llas culturas donde el papel de la maternidad es fundamental para la mujer, la menopausia se vive también de una forma más dramática.

Así, por ejemplo, las conclusiones de un estudio cualitativo realizado en México a 20 mujeres de entre 45 y 65 años (Pelcastre-Villafuerte *et al.*, 2001) indican que las mujeres realizan representaciones sociales que se construyen alrededor de la menopausia en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento. Las mujeres de este estudio presentaban una actitud pasiva hacia el evento menopáusico, reflejando en sus explicaciones con relación a la menopausia el punto de vista de sus médicos; por tanto la información que proporcionan estos profesionales es asumida por las mujeres como única y verdadera, al tener esta figura un poder legitimado socialmente. Se considera un logro que las mujeres acudan a la consulta médica para solicitar ayuda, pero tan importante o más es la información proporcionada. La menopausia debe de ser considerada contextualmente y no sólo como algo orgánico, mejorando de este modo la atención a las mujeres y ofreciendo más posibilidades de intervención que la mera medicalización.

En la actualidad los profesionales de la salud y los medios de comunicación difunden permanentemente que la menopausia es un proceso patológico lleno de riesgos para las mujeres y por tanto susceptible de tratamiento (Díaz, 2002). Esta autora indica que sólo existe evidencia de que el descenso de estrógenos se asocia a síntomas vasomotores, atrofia urogenital y pérdida de masa ósea, y que el resto de los síntomas no son específicos de la menopausia estando más relacionados con factores psicológicos y socioculturales.

Sin embargo, y como se ha comentado, la menopausia tiende a ser tratada exclusivamente y de forma generalizada desde el ámbito médico; de hecho, en las últimas décadas, la terapia hormonal sustitutiva (THS) ha sido considerada como la solución a todos los problemas de la menopausia. Algo insuficiente si, como se ha visto, en este período de la vida de las mujeres afectan otro tipo de aspectos diferentes a los fisiológicos y que también están interfiriendo en la problemática de la menopausia.

El principio en el que se basa la THS es el de suministrar hormonas cuando la producción natural de las mismas en las mujeres se va debilitando. Frente a los indudables beneficios que proporciona supone una serie de efectos secundarios problemáticos: aumento o disminución de peso, aumento o blandura de los pechos, hinchazón, depresión, tromboflebitis, aumento de la presión arterial, caída de cabello, calambres, vulvovaginitis, etc. (Glenville, 1998; Carnicer *et al.*, 2002). En definitiva, la THS, en ocasiones, puede provocar efectos secundarios peores que los síntomas a los que va destinada a tratar. Por lo tanto, el someterse de una forma descontrolada a este tipo de tratamiento puede provocar serios problemas de salud, que en muchos casos se podrían evitar en aquellas mujeres en los que la sintomatología menopáusica no fuera muy intensa o muy frecuente.

Independientemente de los efectos secundarios que la THS puede ocasionar, existe un importante número de mujeres que quedan totalmente excluidas de la posibilidad de recibir este tipo de tratamiento, pues la THS se encuentra contraindicada en aquellos casos en los que existan miomas uterinos, várices importantes, alteración hepática crónica, diabetes, hipertensión arterial, aumento anormal del colesterol y lípidos, obesidad, o tabaquismo (Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991; Carnicer *et al.*, 2002).

El abordaje de la menopausia desde la perspectiva cognitivo-conductual es muy reciente y los trabajos son escasos, pero pueden citarse algunos, como el de Hunter y Liao (1996), que diseñaron una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de los sofocos menopáusicos. Los sofocos se dan como consecuencia de una dilatación involuntaria de los vasos sanguíneos (pérdida intermitente del control vasomotor periférico) precipitándose la sangre a la superficie de la piel (Strickland, 1992; Carnicer *et al.*, 2002). Aunque el mecanismo de los sofocos no se conoce a fondo, se piensa que pudiera estar relacionado con el descenso de estrógenos. Hunter y Liao (1996) reclutaron una muestra de 52 mujeres, que optaban entre dos posibles tratamientos: (a) THS y tratamiento cognitivo-conductual; y (b) la ausencia de tratamiento.

Las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaron para controlar los sofocos fueron: lenguaje autotranquilizador, relajación (Bernstein y Borkovec, 1973), respiración profunda; e identificación y reducción de los precipitantes o exacerbantes de los sofocos (disputas, comidas picantes, etc.). El entrenamiento se llevó a cabo en cuatro sesiones de una hora, distribuidas en torno a seis u ocho semanas. Se comparó la eficacia de ambos tratamientos en la disminución del número de sofocos y su grado de malestar. Asimismo, se comparó el grupo que pasó por el tratamiento cognitivo-conductual, con el grupo control. La THS y el tratamiento cognitivo-conductual disminuyeron de forma significativa la frecuencia de los sofocos, pero la terapia cognitivo-conductual también redujo significativamente la ansiedad y la valoración negativa de los sofocos. Los cambios se mantenían en los tres meses del seguimiento. Por tanto, la terapia cognitivo-conductual podría ser especialmente útil para el tratamiento de los sofocos que interactúan con sentimientos de malestar y ansiedad, así como para aquellas mujeres que no deseen o no puedan ser tratadas mediante una THS.

Otro de los trastornos con que se ha trabajado es la hipertensión arterial. Puesto que durante la menopausia es uno de los síntomas más frecuentes, Camuñas *et al.* (2001) pusieron en marcha una intervención psicológica en diez mujeres menopáusicas con hipertensión. Dentro de los trastornos cardiovasculares las variables emocionales (ansiedad, ira y estrés) cobran una consideración especial. El objetivo del programa de intervención era disminuir la tensión arterial mediante el manejo de la ansiedad y la mejora sobre el control y la expresión de la ira, así como la modificación de hábitos de vida no saludables. El programa constaba de 15 sesiones distribuidas en los siguientes módulos: informativo, técnicas psicofisiológicas, aprendizaje de hábitos de vida saludables, entrenamiento en solución de problemas y control de ira. Se utilizaron el ISRA (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1994), el STAXI (Spielberger, 1992) y un esfigmomanómetro de presión en la evaluación pretratamiento, tratamiento, postratamiento y seguimiento. Los resultados indicaron un descenso significativo de la ansiedad, en el rasgo de ira y en

la HTA en sus dos medidas (sistólica y diastólica), y seis de las mujeres participantes suspendieron la medicación antihipertensiva por prescripción médica. A los cinco meses del tratamiento se seguían manteniendo los resultados obtenidos en la situación postratamiento.

Sueiro *et al.*, (1999) pusieron en marcha un programa de promoción de la salud, para un grupo de mujeres climatéricas. El programa se aplicó a ocho mujeres menopáusicas con una edad comprendida entre los 45 y 55 años, que manifestaban sintomatología depresiva, que no había cedido después de haber sido tratadas durante año y medio con THS.

Se utilizó una metodología cuasi-experimental con un diseño pre y postratamiento sin grupo control. Cada mujer fue evaluada mediante los inventarios de depresión y ansiedad de Hamilton (1959, 1960) y el cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca (1991). Durante el programa se llevaba a cabo una evaluación continuada de las variables ansiedad y depresión.

Se planteó como objetivo del programa el que las mujeres logran el control de la ansiedad, y como técnicas se utilizaron la relajación, la comunicación y la creación de redes sociales. La intervención psicológica se diseñó como una forma breve de terapia cognitivo-conductual en grupo, utilizando metodología psicoeducativa. El programa constaba de once sesiones durante una hora y media cada una de ellas, un día a la semana. Incluía, además de la evaluación, el siguiente conjunto de técnicas: Técnicas de control de la ansiedad; entrenamiento en relajación muscular progresiva; comunicación y resolución de problemas; formación de redes sociales.

Los resultados indicaron un descenso significativo en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de ansiedad y depresión. También se detectó un aumento en la calidad de vida, aunque no fue significativo. Las autoras reconocen que la muestra no fue suficientemente grande para establecer resultados concluyentes de las variables estudiadas, pero estos buenos resultados animaron a la

replicación del programa con muestras más amplias y a la realización del trabajo que se presenta en este artículo.

El objetivo del presente trabajo es establecer un programa de intervención cognitivo-conductual eficaz para mujeres climatéricas con sintomatología menopáusica. Para ello, se pone a prueba la siguiente hipótesis de trabajo:

H1. Si el tratamiento cognitivo-conductual es más eficaz que la ausencia de éste, entonces:

H1a. Habrá un grado significativamente mayor de remisión de sintomatología psicológica y física asociada a la menopausia en las mujeres en la situación postratamiento que en la situación pretratamiento.

H1b. Habrá un grado significativamente mayor de mejoría en la variable calidad de vida en las mujeres en la situación postratamiento que en la situación pretratamiento.

DISEÑO

Se utilizó un diseño pre y postratamiento sin grupo control. Debido a las características del estudio, al tratarse de un programa de intervención muy demandado, haber un número reducido de mujeres que cumplieran los criterios preestablecidos y depender de una institución pública municipal, fue imposible conseguir un grupo control de características similares al que integró el grupo tratamiento. Por este motivo se decidió llevar a cabo un estudio de la intervención comparándose las situaciones de pre y postratamiento.

La sintomatología psicológica relacionada con la menopausia, (la ansiedad y la depresión) y física, así como la calidad de vida, constituyen las variables dependientes. La sintomatología física asociada a la menopausia se evaluó mediante el Índice Menopáusico de Kupperman (Kupperman y Blatt, 1953). La ansiedad y depresión se evaluó en la Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond y Snaith (1983), y la calidad de

vida con el “Cuestionario de valoración de calidad de vida, en mujeres de 45 a 64 años” de Sánchez-Cánovas (1999).

Para evitar la interferencia de variables extrañas no se admitió a ninguna mujer que estuviera siendo sometida a tratamiento hormonal.

Se utilizó la medida pretest para evaluar los criterios de inclusión, con el fin de formar el grupo clínico objeto de nuestro estudio. Se tomaron como criterios obtener una puntuación igual o superior a 8 en las escalas de ansiedad y/o depresión del HADS, así como haber obtenido una puntuación igual o superior a 20 en el Índice Menopáusico de Kupperman. Ambos límites en las puntuaciones de estos inventarios indican presencia de sintomatología moderada o elevada, (en el caso del Índice Menopáusico de Kupperman) y valor *bordeline* o morbilidad en la HADS.

El grupo de tratamiento estuvo formado por 30 mujeres que acudieron al programa en la Casa de la Mujer de Fuenlabrada. De estas 30 mujeres, 13 de ellas constituyen el grupo clínico (en función de las puntuaciones obtenidas en el Índice Menopáusico de Kupperman y el HADS) y 17 el grupo subclínico.

El grupo clínico estaba formado por 13 mujeres con edades comprendidas entre los 42 a 55 años, ($\bar{x}=47.2$; D.T.=3.56). Todas ellas presentaban una puntuación igual o superior a 8 en la escala de ansiedad del HADS, siendo la media de las puntuaciones en este grupo de 12.00 (D.T.=3.08). De estas mujeres seis, a su vez, presentaban una puntuación igual o superior a 8 en la escala de depresión del mismo inventario ($\bar{X}=5.92$; D.T.=3.09). Por lo que respecta a la sintomatología física asociada a la menopausia, todas ellas cumplían la condición de superar los 20 puntos en el Índice de Kupperman, situándose la media en 29.92 (D.T.=5.39).

En el grupo subclínico las edades quedaban comprendidas entre los 43 y 53 años, siendo la media de 46.35 (D.T.=2.64) años. De estas 17 mujeres, 7 presentaban una puntuación igual o superior a 8 en la escala de ansiedad (Media=7.35; D.T.=4.54), a su vez, dos de estas 7 mujeres presen-

taban una puntuación similar en la escala de depresión (Media=4.47; D.T=3.39). En el grupo subclínico únicamente 2 de ellas presentaban una puntuación superior o igual 20 en el Índice de Kupperman (Media=14.47; D.T=7.38).

La intervención consistió en un programa organizado en diez sesiones, realizadas semanalmente, de hora y media cada una. Cada sesión se organizó de manera similar: revisión de tareas intersesión; presentación didáctica de las técnicas; puesta en práctica de las técnicas; y asignación de tareas intercesión. El programa de intervención se desarrolló de la manera siguiente:

Sesión 1. Presentación del programa y sus objetivos, presentación de participantes y terapeutas; evaluación pretratamiento.

Sesiones 2 y 3. Se impartieron aspectos educativos del proceso de la menopausia: en ellas se explicó el proceso biológico de la menopausia y los cambios que se producen a corto, medio y largo plazo, cambios de carácter fisiológico, psicológico y social. Se hace especial hincapié en la prevención y mejora de la sintomatología a través de hábitos adecuados referidos a los aspectos nutricionales (con la proposición y elaboración de un recetario menopáusicosaludable) y a la realización de ejercicios.

Sesión 4. En ella se explicaron los diferentes métodos para combatir los cambios a corto plazo (sofocos), insistiendo principalmente en la relajación muscular progresiva (16 grupos musculares). Se proporciona a las participantes una cinta grabada con el entrenamiento en relajación, así como un autorregistro que deben completar diariamente tras la práctica de la misma.

Sesión 5. Se entrenó en respiración diafragmática, como otra técnica para combatir los cambios a corto plazo. Asimismo, se abordaron los aspectos educativos concernientes a los cambios a medio y largo plazo: los problemas de osteoporosis, los cardiovasculares y los derivados de las alteraciones genitourinarias, especialmente la sequedad vaginal (y la subsiguiente coitalgia e inhibición del deseo sexual) y las pérdidas de orina.

Sesión 6. Se explicaron los cambios a medio plazo que se producen en el proceso de la menopausia, llevando a cabo el entrenamiento en ejercicios de Kegel y ofreciendo opciones para combatir la sequedad vaginal.

Sesiones 7 y 8. Estas dos sesiones se destinaron a la identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales. Se explicó el modelo A-B-C de Ellis, practicando en el taller la identificación de pensamientos distorsionados y negativos y su sustitución por pensamientos adaptativos, mediante la técnica de las cuatro columnas. Se trabajó con pensamientos que las mujeres habían ido registrando durante las semanas anteriores.

Sesión 9. En esta sesión se enseñó a las mujeres el entrenamiento en solución de problemas, aplicando esta técnica a un problema escogido por ellas mismas. Asimismo, se proporcionó la información necesaria para el entrenamiento en administración del tiempo, que las participantes realizaron en el período intersesiones.

Sesión 10. La última sesión se destinó a la revisión de las técnicas aprendidas, la evaluación postratamiento y a la despedida del programa.

ANÁLISIS DE DATOS

Dadas las características del diseño del estudio se aplicó una diferencia de medias comparando la situación previa al tratamiento y después de éste. Se utilizó una Prueba "t" de muestras relacionadas. Pero, debido a que el número de sujetos era reducido, se utilizó, también, la prueba no paramétrica correspondiente a la prueba "t", (Prueba de los Rangos con Signo de Wilcoxon). Se decidió analizar los resultados del estudio, también, mediante esta prueba no paramétrica, con el fin de constatar si se mantenían los resultados mediante una prueba estadística más conservadora.

La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon se utilizó para cada una de las puntuaciones totales de las variables dependientes, el Índice Menopáusic

de Kupperman, puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión del HADS, y puntuación final en el inventario de calidad de vida.

Por otro lado, se analizaron las diferencias producidas por el tratamiento en cada uno de los síntomas del Índice de Kupperman, así como en las diferentes escalas del inventario de calidad de vida. Para ello, se utilizó un análisis de varianza de medidas repetidas. Para finalizar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra en cada una de las variables dependientes y variables sociodemográficas. La significación clínica se eva-

luó en función del porcentaje de mujeres que alcanzaron puntuaciones indicativas de ausencia de trastorno o morbilidad.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos más relevantes se recogen en las tablas 1, 2 y 3 y en las figuras 1 y 2. Estos resultados apoyan parcialmente las hipótesis planteadas en el trabajo, como se comenta más adelante.

TABLA 1
Medias y desviaciones típicas en el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Índice Menopáusico de Kupperman y Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida, en mujeres de 45 a 64 años de Sánchez Cánovas, en pretratamiento (Preto.) y postratamiento (Postto.), en grupo clínico y subclínico.

Instrumento de medida	Grupo clínico				Grupo subclínico			
	Preto.(N=13)		Postto.(N=13)		Preto.(N=17)		Postto.(N=17)	
	\bar{X}	Sx	\bar{X}	Sx	\bar{X}	Sx	\bar{X}	Sx
<i>Hads</i>								
• Ansiedad	12	3,08	9,54	3,18	7,35	4,54	6	3,39
• Depresión	5,92	3,09	5,15	2,61	4,47	3,39	3	3,26
<i>Índice menopáusico Kupperman</i>								
• Sofocos	29,92	5,39	22,77	9,96	14,47	7,83	11	6,56
• Parestesias	1,85	1,21	1,23	1,17	0,53	1,01	0,47	0,87
• Insomnio	1,61	0,96	1,23	1,01	0,58	0,62	0,47	0,72
• Nervios	1,85	0,99	1,69	1,03	0,88	0,99	1,05	1,20
• Melancolía	2,77	0,44	2,38	0,77	1,71	0,77	1,17	0,95
• Vértigo	2,15	1,07	1,46	0,78	1,12	0,70	0,82	0,88
• Fatiga	1,23	1,09	0,84	0,99	0,71	0,92	4,12	0,8
• Mialgias	2,07	0,64	1,23	0,93	0,88	0,86	0,71	0,92
• Cefaleas	2,15	0,69	1,84	1,07	1,53	1,01	0,71	0,92
• Palpitaciones	1,61	0,77	0,84	1,14	1,06	0,97	0,94	1,09
• Disestesias	1,38	0,96	0,69	0,95	0,82	0,81	0,71	0,85
• Disestesias	0	0	0,53	1,13	0,18	0,53	0,18	0,39
<i>Cuestionario de valoración calidad de vida</i>								
• Conocimiento menopausia	59,55	13,98	53,45	13,61	45,44	11,53	40,69	8,51
• Valoración emocional	3,31	0,63	2,15	0,38	3,29	0,59	1,94	0,66
• Ansiedad/depresión	4,23	1,79	4,23	1,64	3,53	1,46	2,88	1,11
• Apoyo social	22,61	7,38	20,31	6,43	18,71	4,06	15,47	3,71
• Apoyo familiar	11,61	3,99	10,38	4,19	8,23	2,56	7,76	2,97
• Sexualidad/pareja	8,92	3,04	8,07	3,5	6,23	1,95	6,52	2,10
• Sexualidad/pareja	13,91	7,04	12,36	4,19	11,06	4,87	9,56	3,37

TABLA 2
*Estadístico de la prueba "t", ANOVA (F) y tamaño del efecto (T.E.)
 para las medidas de las variables dependientes en las comparaciones pretratamiento
 y postratamiento (Pretto/ Postto.) para el grupo clínico y subclínico.*

Instrumento de Medida	Grupo clínico Pretto./Postto.(N=13)			Grupo subclínico Pretto./Postto.(N=17)	
	t	F	T.E.	t	F
<i>Hads</i>					
• Ansiedad	2,62*		0,78	2,44*	
• Depresión	0,90		0,17	2,35*	
<i>Índice menopáusico Kupperman</i>					
• Sofocos		11,63**			0,32
• Parestesias		3,26			0,21
• Insomnio		1,00			0,58
• Nervios		2,54			7,44*
• Melancolía		5,85*			1,34
• Vértigo		1,76			1,34
• Fatiga		11,52**			0,68
• Mialgias		3,09			8,20*
• Cefaleas		11,11**			0,32
• Palpitaciones		5,85*			0,32
• Disestesias		2,97			0,00
<i>Cuestionario de valoración calidad de vida</i>					
	2,06		0,07	1,41	
• Conocimiento menopausia		36,48**			35,86**
• Valoración emocional		0,00			2,03
• Ansiedad/depresión		1,92			10,66**
• Apoyo social		3,79			0,85
• Apoyo familiar		2,08			0,49
• Sexualidad/pareja		2,37			3,37

* Nivel de significación $p < 0.05$

** Nivel de significación $p < 0.01$

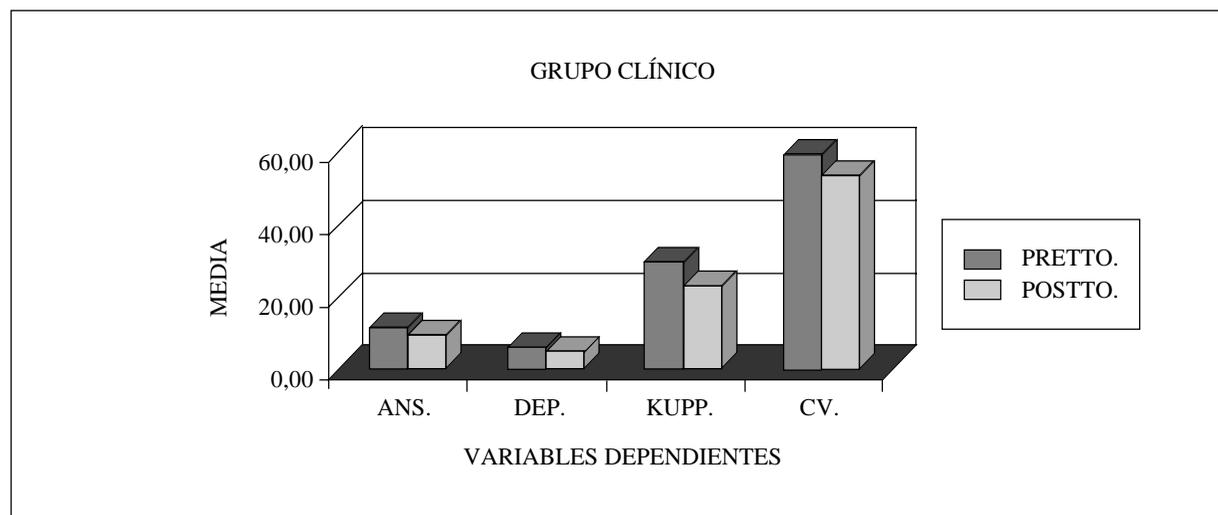


Figura 1. Puntuaciones en el HADS, Índice Menopáusico de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida en el grupo clínico.

TABLA 3
Estadístico de la prueba de Wilconxon (Z) en la comparación pretratamiento y postratamiento (Pretto./Postto.) para el grupo clínico y subclínico.

Instrumento de medida	Grupo clínico	Grupo subclínico
	Pretto./Postto.(N=13) Z	Pretto./Postto.(N=17) Z
<i>Hads</i>		
• Ansiedad	-2,18	-2,26
• Depresión	-0,81	-2,26
<i>Índice menopáusico Kupperman</i>		
• Sofocos	-2,80	-2,22
• Parestesias	-2,53	-0,57
• Parestesias	-1,66	-0,46
• Insomnio	-1,00	-0,81
• Nervios	-1,5	-2,31
• Melancolía	-2,07	-1,09
• Vértigo	-1,24	-1,08
• Fatiga	-2,49	-0,79
• Mialgias	-1,63	-2,40
• Cefaleas	-2,48	-0,64
• Palpitaciones	-2,07	-0,57
<i>Cuestionario de valoración calidad de vida</i>		
• Conocimiento menopausia	-1,40	-1,42
• Valoración emocional	-3,27	-3,45
• Valoración emocional	-0,36	-1,59
• Ansiedad/depresión	-1,14	-2,59
• Apoyo social	-1,81	-0,92
• Apoyo familiar	-1,26	-0,80
• Sexualidad/pareja	-0,61	-1,80

* Nivel de significación $p < 0.05$

** Nivel de significación $p < 0.01$

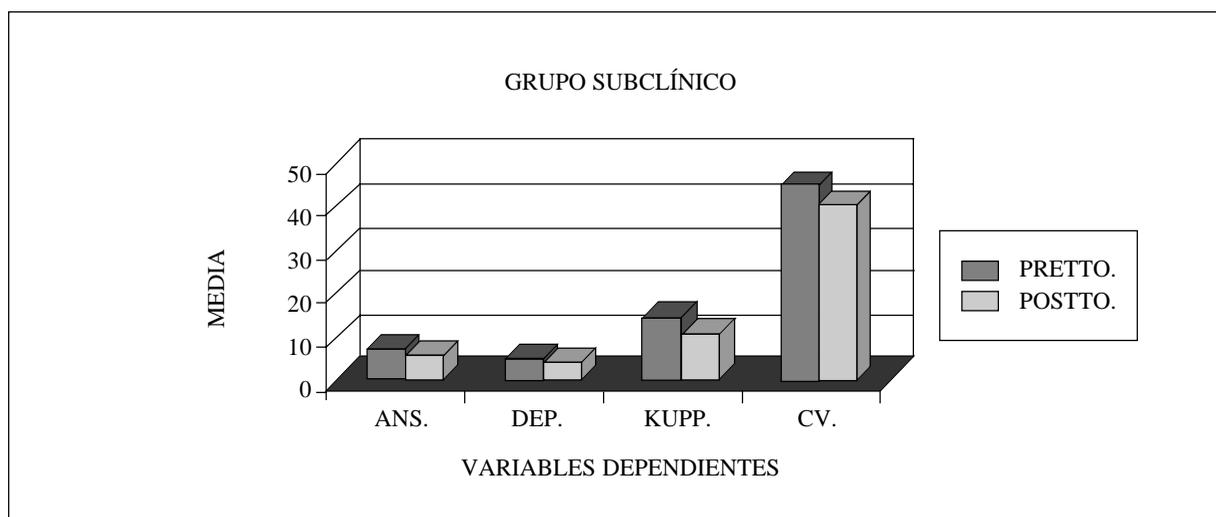


Figura 2. Puntuaciones en el HADS, Índice Menopáusico de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida en el grupo subclínico.

Con respecto a la variable ansiedad, se obtuvieron los siguientes resultados:

En el grupo clínico se produjo un descenso significativo en las puntuaciones de la subescala de ansiedad del HADS. Asimismo se produjo una remisión de la ansiedad hasta niveles indicativos de ausencia de trastorno en un 38.46%. El tamaño del efecto conseguido por el programa de intervención fue del 0.78.

Para el caso del grupo subclínico, del mismo modo que en el grupo clínico, tuvo lugar también un descenso significativo en las puntuaciones finales, produciéndose una remisión hasta puntuaciones indicativas de ausencia de trastorno en cuatro de las siete mujeres que al inicio del programa presentaban unas puntuaciones de moderadas a altas.

Respecto a la variable depresión, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En la muestra clínica se apreció un descenso en las puntuaciones de la subescala de depresión del HADS (aunque no de forma significativa). En cuanto a la significación clínica, 3 de las 6 mujeres que al inicio de la intervención presentaban puntuaciones elevadas en depresión, consiguieron reducirlas hasta ser indicativas de ausencia de trastorno.

En el grupo subclínico se produjo un descenso significativo de las puntuaciones finales, y la proporción de la significación clínica fue de 2 al inicio por una de ellas al final del programa con una puntuación que indicaba ausencia de morbilidad.

En las variables evaluadas mediante el índice de Kupperman se obtuvieron los siguientes resultados:

En la muestra clínica se produjo un descenso significativo en las puntuaciones totales del índice. A su vez, tuvo lugar un descenso, también significativo, en la frecuencia y grado de malestar de los sofocos, en el sentimiento de melancolía (las mujeres referían sentirse más animadas después de la intervención), en la fatiga, las cefaleas y las palpaciones. Por otro lado, también hubo una remisión en el resto de los síntomas integrantes del índice, es

decir, en nerviosismo, mialgias y vértigo. El 46.15 % de la muestra alcanzó un índice de Kupperman ligero y el tamaño del efecto conseguido por el programa fue del 0.89.

En el grupo subclínico también se apreció un descenso significativo en las puntuaciones totales del índice de Kupperman. Del mismo modo, se produjo una remisión significativa en los síntomas de mialgias y nerviosismo. El resto de la sintomatología también remitió, aunque no de forma significativa, exceptuando las disestesias en las que no se produjeron cambios una vez concluido el tratamiento. Una de las dos mujeres que al inicio de la intervención presentaban una puntuación de moderada a alta en el Índice de Kupperman, alcanzó una puntuación ligera al término de la misma.

Respecto a la variable Calidad de vida, en ambos grupos se observó una ligera mejoría aunque no estadísticamente significativo (el descenso de las puntuaciones denota un aumento en la calidad de vida). Sin embargo, sí se produjo un aumento significativo en ambos grupos en el conocimiento que las mujeres tenían acerca del proceso de la menopausia. La escala de Ansiedad-Depresión descendió en ambos grupos siendo la reducción significativa para el grupo clínico. El apoyo social y familiar, así como el ámbito relacionado con la sexualidad y la pareja mejoraron en ambos grupos (aunque no de forma significativa). Aunque no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las puntuaciones del inventario de calidad de vida, éstas se encontraron ubicadas dentro de la normalidad según las puntuaciones obtenidas en la baremación española con una muestra poblacional general.

El tratamiento cognitivo-conductual alcanzó una potencia estadística del 0.89 para el Índice de Kupperman y del 0.78 para la ansiedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desafortunadamente ha sido imposible la utilización de un grupo control con el que comparar la eficacia del programa de intervención. Debido a

diferentes causas, algunas de tipo ético, la Casa de la Mujer en la que se realizó la investigación decidió que todas las mujeres recibieran el tratamiento antes de finalizar el curso. Si bien esto implica importantes limitaciones de tipo metodológico, sin embargo, la muestra empleada es lo suficientemente amplia como para que los resultados puedan tenerse en cuenta.

Las conclusiones que se derivan de los resultados obtenidos en el presente trabajo son las siguientes:

El programa de intervención cognitivo-conductual para la etapa climática de las mujeres se ha mostrado eficaz en la reducción de síntomas físicos y psicológicos asociados a la menopausia: el Índice de Kupperman se vio reducido significativamente, en la situación postratamiento, tanto en el grupo clínico como en el subclínico. Asimismo, la fatiga, las cefaleas, las palpitaciones, el sentimiento de melancolía, las mialgias y el nerviosismo remitieron significativamente en las mujeres de la muestra. Además, en la evaluación postratamiento se produjo un descenso significativo en la ansiedad clínica y subclínica de las mujeres y, aunque no se observaron diferencias significativas después del tratamiento en la variable calidad de vida, se produjo un descenso en las puntuaciones totales del inventario, indicando un ligero aumento en la calidad de vida de las mujeres. Del mismo modo, mejoraron las puntuaciones obtenidas en las subescalas de ansiedad-depresión, apoyo social y familiar, y la relacionada con la sexualidad y la pareja.

Por último y una vez concluida la intervención, se apreció un aumento significativo en el conocimiento por parte de las mujeres acerca de la etapa menopáusica.

La intervención ha sido eficaz, asimismo, para incrementar, en la muestra general, el porcentaje de mujeres que en la situación postratamiento alcanzaron puntuaciones indicativas de ausencia de trastorno en el Índice de Kupperman y en la ansiedad. En el resto de las variables (la depresión y la calidad de vida) las puntuaciones, después de la intervención, se encontraban ubicadas dentro de la norma-

lidad, según las baremaciones de muestras poblacionales en ambos instrumentos.

En definitiva, pues, se han cumplido las expectativas que se tenían acerca de la implantación del programa de intervención psicológica en la sintomatología asociada a la menopausia.

Además, hay que tomar en consideración el hecho de que el paquete terapéutico aquí expuesto se trata de una sencilla intervención, de fácil aplicación, susceptible de ser utilizado en las diferentes instituciones dedicadas a la mujer, basado en la psicoeducación como el principal factor terapéutico, y como el primer paso para la remisión de la sintomatología. Durante las sesiones, se explicaron y practicaron las técnicas necesarias, proporcionando a las pacientes distintas alternativas de respuesta para modificar comportamientos inadecuados relacionados con la sintomatología menopáusica.

Otra característica del estudio que hay que resaltar es el carácter preventivo de la intervención: de hecho, ésta se ha mostrado tan útil en el grupo clínico (que tenía claramente definida la sintomatología menopáusica) como en el subclínico (con sintomatología no tan claramente diagnosticable, dado que muchas mujeres de este grupo se hallaban en período premenopáusico). Es muy posible que, una vez instaurada la menopausia de forma franca, las mujeres experimenten menos sintomatología, ya que podrán controlar su intensidad y frecuencia mediante las técnicas aprendidas.

Asimismo hay que hacer hincapié en que los resultados del estudio se relacionan con los de otros estudios realizados sobre el trastorno, en el sentido de que es posible lograr el control de la sintomatología, su reducción y/o eliminación, incluso de la más puramente física, mediante el abordaje desde la perspectiva psicológica y la utilización y el entrenamiento en técnicas tales como la relajación, la administración del tiempo o el control de las creencias irracionales. Sin embargo, los resultados son aquí más significativos, por cuanto el número de la muestra con que se trabajó era más elevado que en el resto de los trabajos revisados.

Los resultados de este estudio ofrecen distintas implicaciones a nivel práctico y clínico. Ha supuesto una nueva forma de intervención para abordar la problemática menopáusica, carente de posibles efectos secundarios, que ofrece, no sólo tratamiento para dicha sintomatología, sino también información y alternativas de respuesta para la prevención de los síntomas aunque éstos aún no hayan aparecido. Se ha demostrado que la terapia psicológica puede ayudar a las mujeres en la etapa perimenopáusica, en la gran mayoría de las ocasiones, esto es, en aquellos casos donde no existen serios problemas de salud (cáncer, trastornos cardiovasculares, obesidad, etc.).

Con la aplicación de programas de este tipo se podría producir un interesante ahorro en el gasto farmacéutico. Asimismo, puede suponer un nuevo campo para abordar en la psicología clínica, desde el punto de vista de la investigación y la práctica, fomentando el interés acerca de este tema y animando a que proliferen más estudios acerca de programas de intervención en el climaterio desde la psicología clínica. Este paquete terapéutico, no sólo es importante desde el punto de vista asistencial, sino también desde el punto de vista educativo y preventivo. Se debería insistir que desde los centros de salud, ayuntamientos e instituciones relacionadas con la mujer, se ofertaran este tipo de programas de intervención.

REFERENCIAS

- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (Eds.) (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Camuñas, N.; García, E.; Vivas, F.; Morales, C.; Aranda, D. y Cano, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psicología.com*, 5 (3).
- Carnicer, C.; Castro, O. P.; Paublete, M. C. y Castro, C. (2002). Aspectos básicos del tratamiento en el climaterio. *Psiquiatría.com: Interpsiquis 2002*.
- Carnicer, C.; Castro, O. P. y Paublete, M. C. (2002). Aspectos básicos de la fisiología del climaterio. *Psiquiatría.com*.
- Díaz, M. (2002): Aspectos psicosociales de la menopausia. *Psiquiatría.com: Interpsiquis 2002*.
- Gannon, L.; Hensel, S. y Goodwin, J. (1987). Correlates of menopausal hot flushes. *Journal of Behavioural Medicine*, 10, 277-285.
- Glenville, M. (1998). *Menopausia natural: cómo prevenir y aliviar sus molestias sin tratamientos hormonales*. Madrid: RBA.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 32, 56-62.
- Hunter, M. S. y Liao, K. L. M. (1996). Evaluation of a four session cognitive-behavioural intervention for menopausal hot flushes. *British Journal of Health Psychology*, 1, 113-125.
- Kupperman, H. S. y Blatt, M. H. (1953). Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by menopausal and amenorrhoeal indices. *Journal of Clinical Endocrinology*, 13, 688-703.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano Vindel, A. (1994). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-* (3ª edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos). Madrid: TEA.
- Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo (1991). *La menopausia*. Madrid: Autores.
- Pelcastre-Villafuerte, B.; Garrido-Latorre, M. C. y de León-Reyes, V. (2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México*, 43 (5), 408-414.
- Matthews, K. A. (1991). Myths and realities of the menopause. *Psychosomatic Medicine*, 54 (1) 1-9.
- Ruiz, M. A. y Baca, E. (1991). Cuestionario de calidad de vida. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Sánchez-Cánovas, J. (1999). *Cuestionario de valoración de la calidad de vida, en mujeres de 45 a 64 años*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Sánchez-Cánovas, J. (coordinador) (1996). *Menopausia y salud*. Barcelona: Ariel.
- Spielberger, C. D. (1992). *Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo -STAXI-*. Versión española. Madrid: TEA.
- Strickland, B. R. (1992). La menopausia. En E. A. Blechman y K. D. Brownell (Dirs.), *Medicina conductual de la mujer*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sueiro, E.; Carbulleira, M. M.; Perdiz, C.; Rodríguez, J. A. y González, A. (1999). Promoción de la salud: intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio: Programa. *Psicología Conductual*, 7 (1), 139-155.
- Sueiro, E.; Carbulleira, M. M.; Perdiz, C.; Rodríguez, J. A. y González, A. (1999). Promoción de la salud: Intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio: una experiencia práctica. *Psicología Conductual*, 7 (1), 155-167.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 361-370.