

Constructos personales y perfil sintomático en la etapa del climaterio: un estudio exploratorio*

Claudia Lucero
Universidad de La Frontera
Guillem Feixas
Universidad de Barcelona
Luis Ángel Saúl
UNED

En este estudio se exploraron algunas características cognitivas y sintomáticas en un grupo de mujeres en etapa de climaterio, que van a consultar a centros de salud (G1), en un grupo de mujeres en etapa de climaterio, que no consultaron de forma habitual (G2) y en un grupo de mujeres adultas, de menor edad (G3). Todas las mujeres fueron evaluadas a través de la Técnica de Rejilla Interpersonal (TRI) y de la escala de síntomas SCL-90-R. Sólo se observaron diferencias significativas en el mayor aislamiento social percibido por G1 y G2 comparado con G3. No obstante, se observó que G1 presenta una tendencia a diferir de G2 y G3 en varias de las dimensiones de TRI, las que insinúan una posible influencia del estereotipo social negativo ligado al climaterio en el significado de sus problemas de salud. En el SCL-90-R las diferencias significativas entre los grupos revelan la importancia de las sensaciones de malestar general en salud del G1 por encima del perfil, de perturbaciones típicas del climaterio.

Palabras clave: climaterio, técnica de rejilla, síntomas, aislamiento social.

This study explored the cognitive constructions of climacteric women consulting a gynecology outpatient clinic (G1). Their cognitive constructs were assessed through the application of Kelly's Repertory Grid, and the results were contrasted with those from women in two control groups: one comprising non-consulting climacteric women (G2), and the other comprising younger adult women (G3). Significant differences were found only on the greater social isolation perceived by women in the two climacteric groups, as compared with G3. In spite of this, G1 presented a tendency to differ from G2 and G3 in several

* Los autores expresan su agradecimiento al Director del Servicio de Ginecología del Hospital de Sant Pau i la Santa Creu y al Director del CAP de Vall d'Hebron por facilitarnos la posibilidad de ponernos en contacto con pacientes consultantes de esos servicios.

Correspondencia: Claudia Lucero. Departamento de Psicología. Universidad de La Frontera. Av. Francisco Salazar. 01145 Temuco. Chile. Correo electrónico: luceroc@terra.es. Guillem Feixas. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Pg. de la Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. Correo electrónico: gfeixas@ub.edu. Luis Ángel Saúl. Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. UNED. Ciudad Universitaria. C/ Juan del Rosal, 10. 28040 Madrid. Correo electrónico: lasaul@psi.uned.es.

dimensions of the Grid. This suggests the possible influence of the negative social stereotype linked with climacterics on the way these women attribute meaning to their health problems. Additionally, significant group differences were found on the symptoms scale, which reveals the importance of the general health status of the consulting climacteric women, aside from the typical disturbances associated with climacterics.

Key words: Climacterics, Kelly's Repertory Grid, SCL-90, social isolation.

Uno de los cambios relevantes en salud durante el último siglo ha sido el aumento progresivo de la esperanza de vida de las mujeres (OMS, 1994; Blasco, 1996; Botella, 2001). La probabilidad de que una mujer llegue a los 80 años de edad ha aumentado considerablemente, lo que implica que en la actualidad las mujeres viven una tercera parte de sus vidas pasada la menopausia¹. Por tal motivo, la menopausia, y todo el periodo del climaterio, cobra cada vez mayor importancia en el ámbito de la salud de las mujeres, tanto por sus implicaciones médico-biológicas como por su importancia psicosocial.

La menopausia es conceptualmente entendida como un proceso natural, sin embargo la estrecha relación que existe entre menopausia, síntomas, patologización y prescripción de fármacos, hace difícil entenderla como tal. La tendencia preponderante ha sido adoptar un enfoque biomédico en la comprensión de este proceso (Huffman y Myers, 1999), lo que ha contribuido a reforzar la impresión de que se trataría de un «problema» de salud, o para ser más precisos, de una enfermedad. Por otra lado es necesario tener en cuenta que el solo uso de los términos está rodeado de acepciones y connotaciones peyorativas (Blasco, 1996).

Si bien las consideraciones anteriores pudieran parecer exageradas, resulta imposible sustraerse a la sensación de condena o, al menos, de connotación negativa de la menopausia, que es posible advertir en los términos con los cuales se la describe, tales como «pérdida», «síndrome», «involución», «enfermedad», «decadencia», «vejez», «dificultades», «frigidez», «irritabilidad», «fealdad», «malhumor», «nido vacío», etc., como refieren Blasco (1996), Greer (1993), Delgado, Sánchez, Galindo, Pérez y Duque (2001) y Siegal, Costloow, López y Taub (1993), entre otros. Por otra parte, como bien lo señalan Alonso *et al.* (1997), atribuir a la menopausia la causa de lo que ocurre en las mujeres en esta etapa de la vida parecía inevitable y ha resultado una manera más bien fácil de explicarla. Sin embargo, estas autoras esperan que, en la medida que aumente la profundidad y precisión del conocimiento referente en torno a la menopausia, pueda disminuir esta carga penosa para la mujer derivada de la menopausia.

Se debe tener presente también que resulta difícil separar los prejuicios o las connotaciones asociadas a la menopausia, de aquellas que evoca la vejez, especialmente en el contexto de las culturas occidentales, con mayor orientación hacia la juventud (Sánchez-Canovas, 1996). El informe de la OMS es muy elocuente a este respecto cuando afirma «... la percepción de la menopausia se suele caracterizar por el temor a la vejez, a la pérdida de categoría y a la merma de la sexualidad» (OMS, 1994, p. 89).

A pesar de que se ha demostrado la existencia de diferencias culturales en la percepción y las vivencias asociadas a la menopausia (Payer, 1991; Sommer, Avis,

1. En particular en España la esperanza de vida de la mujer es de 81,2 años. En Barcelona, concretamente, se calcula que existirán en el año 2005 más de 400.000 habitantes mayores de 50 años (Fernández, 1999).

Meyer, Ory, Madden, Kagawa-Singer, Mouton, Rasor, Adler, 2000; Im, Ibrahim, y Lee, 1999), y que por otra parte se ha argumentado que se trataría de una experiencia personal y única (Blasco, 1996; Greer, 1993; Rebordora y Rafeca, 2001; Li, Lanuza, Gulanick, Penckofer, Holmar, 1996), lo cierto es que los cambios que ocurren en este periodo del ciclo vital de la mujer no dejan indiferentes a quienes los viven, ni ellas cuentan con la garantía de neutralidad de quienes les corresponde «tratar» con el tema (Blasco, 1996).

El término *menopausia*, que proviene del griego *men* (mes) y *pausis* (cesación), es una señal o signo del vaciado folicular de los ovarios, que se manifiesta en el periodo menstrual final (PMF), que sólo queda en evidencia después que ocurre², o como comentara Greer (1993), se manifiesta más bien en un «no-acontecimiento». La menopausia es comúnmente entendida como el cese de la función ovárica en el sentido de la reproducción –aunque aun en esta definición existe controversia. Es también el final de los flujos menstruales, y ocurren cambios hormonales importantes³. Sin embargo, aunque parece un episodio tan evidente, el cese de las menstruaciones es sólo un evento dentro de un proceso que se inicia antes y que, aparentemente, finaliza mucho después de la última menstruación (Palacios y Menéndez, 1998; Jiménez de Luque, 1995).

El climaterio, término procedente del griego *klimacter* (escalón o peldaño), daría cuenta de todo el proceso relacionado con estos cambios hormonales; es decir, se refiere a un periodo o etapa de transición, y no sólo a un acontecimiento concreto (Navarro y Navarro, 2001). En la primera etapa del climaterio es posible que se inicien algunos signos, tales como irregularidades menstruales, sofocos, u otros males-tares (Rebordora y Rafecas, 2001). Dentro de este proceso, el hecho más llamativo sería la menopausia.

En el presente estudio se utilizará el término climaterio, tanto por cuanto hace referencia a un periodo más extenso de tiempo, (y no sólo a un suceso de transición concreto como la menopausia), como también porque está desprovisto de muchas de las connotaciones negativas y prejuicios que suelen acompañar al término «menopausia».

Todo el proceso del climaterio ha sido estudiado desde diversas perspectivas y bajo distintas concepciones ideológicas (Olazábal, García, Montero, García, y Pastor, 2000); y si bien no siempre existe consenso, todos los autores reconocen la importancia y los efectos que este periodo tiene en la vida de las mujeres.

Algunos autores han señalado que así como es difícil distinguir los signos específicos del climaterio, también lo es el atribuir con precisión síntomas psíquicos o psicológicos al climaterio (Pérez y de la Gándara, 1997; Delgado *et al.*, 2001), o diferenciar el efecto del envejecimiento frente al propio de este suceso (Rebordora y Rafeca, 2001; Triadó, Martínez y Villar, 2000). Para Sánchez-Cánovas (1996), se trataría de síntomas secundarios, que se asocian a características premenopáusicas y afirma que no hay una conexión directa entre síntomas psicológicos y menopausia. Aquello en lo que parece existir más acuerdo es en que aumenta la vulnerabilidad a sufrirlos, más aún si se trata de una menopausia quirúrgica (Rebordora y Rafecas, 2001)⁴, o si existen dificultades de personalidad (Jiménez de Luque, 1995) o ciertas

2. Para considerarla como tal, es necesario que transcurra un año continuo sin sangrados uterinos.

3. Cambios que también se pueden producir por una intervención quirúrgica específica, lo que se ha denominado menopausia quirúrgica.

4. Ver Gath, Rose, Bond, Garrod y Hodges, (1995), como un estudio que aporta antecedentes interesantes y cuestiona, a su vez, esta relación.

características personales y actitudinales (Anarte y Cuadros, 1996; Delgado *et al.*, 2001).

El climaterio puede tener distintas interpretaciones y diferentes consecuencias, de las que se deriva una diversidad de cuestiones y actuaciones polémicas. Una de las dimensiones del climaterio que nos parece extremadamente relevante de estudiar, y sobre la cual no se encuentran antecedentes en la literatura, es la construcción de significados⁵. Los significados que se construyen las propias mujeres que viven la experiencia del climaterio constituyen, sin duda, la fuente de información más profunda y directa sobre la vivencia de este importante periodo de sus vidas, al mismo tiempo que debiera constituir también la base más amplia y fundada para decidir los modos de actuación profesional e institucional más apropiados ante los acontecimientos del climaterio.

Coincidimos con Sánchez-Canovas (1996) cuando propone que la menopausia puede ser entendida como un reajuste general del equilibrio endocrino y que, como tal, forma parte de un proceso natural en la vida. De un modo similar, desde el punto de vista psicológico se puede entender también como un reajuste cognitivo a los cambios producidos en esta etapa del ciclo vital, marcados por los significados atribuidos por la mujer a su propia vida. Estos significados están influidos por aspectos sociales, culturales y relacionales, y son definidos (o construidos) interactivamente, dando cuenta de la interpretación personal de la experiencia vivida.

Una de las teorías psicológicas que propone el estudio sistemático de la construcción de significados por parte de las personas es la Teoría de los Constructos Personales de George Kelly (Kelly, 1955). La sistematicidad y profundidad de dicho estudio se ha hecho posible mediante el uso de un instrumento especialmente construido y validado para tal propósito, conocido como la Técnica de Rejilla (Feixas y Comejo, 1996).

Las teorías constructivistas destacan la importancia de conocer los significados personales; uno de sus planteamientos esenciales es que el ser humano construye su conocimiento en un proceso activo y permanente de atribución de significado a la experiencia. En este proceso de significación de la experiencia, los *constructos*⁶ son guías que permiten al individuo discriminar para poder construir significados momento a momento (Botella y Feixas, 1998). De este modo, se entiende que no hay verdad absoluta, cada hecho o suceso tendrá valor personal según cómo sea interpretado o construido por esa persona (Pervin y John, 1999). Al mismo tiempo, así como es construida una comprensión de la experiencia, será también canalizada la anticipación *personal* de los sucesos siguientes (Maher, 2001), siendo así que las personas no reaccionan ante cualquier estímulo, sino ante aquellos que identifican como significativos (Luque, Rodríguez y Camacho, 1999).

La técnica de rejilla o *Repertory Grid*, creada por Kelly, permite conocer estos constructos personales y, a través de ellos, evaluar la estructura y contenido del significado con el que las personas se relacionan; considerando que «una persona es lo que interpreta de sí misma y de los demás» (Pervin y John, 1999). En otras palabras, la técnica de rejilla, a diferencia de otros instrumentos psicológicos, evalúa los aspectos cognitivos y relacionales desde la propia construcción del sujeto.

Esta técnica permite conocer aspectos tanto de significado como estructurales (de organización cognitiva), de imagen personal, de cercanía con los demás, etc., utili-

5. Nos referimos al significado total de los hechos de la vida, no excepcionalmente al periodo del climaterio.

6. Como los define el propio Kelly (Huber, 2001): la manera por la cual dos cosas son iguales y a la vez distintas de una tercera, distinción generada a través de una especie de contraste entre unas y otras.

zando los constructos que las propias personas poseen; evitando, por tanto, y en el rango de lo posible, la intromisión de los significados del propio terapeuta o investigador.

Existen diferentes aplicaciones y procedimientos (Feixas y Cornejo, 1996), aunque la más conocida en la práctica clínica es la rejilla interpersonal, versión utilizada en el presente estudio.

El objetivo general del presente estudio exploratorio es indagar algunos aspectos de las características estructurales y de contenido del sistema de constructos (significados) de las mujeres que consultan en centros de salud, buscando las particularidades del periodo de climaterio.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 45 mujeres cuyas edades fluctuaban entre los 30 y los 60 años. Un primer grupo estuvo integrado por 15 mujeres en periodo de climaterio que consultaron en centros de salud de la ciudad de Barcelona (G1). Un segundo grupo estuvo integrado por 15 mujeres en edad de climaterio, sin antecedentes de problemas de salud (G2). Un tercer grupo lo formaron 15 mujeres adultas, en etapa de vida anterior al climaterio y sin antecedentes de problemas de salud (G3).

Para los efectos de este estudio, las mujeres del grupo G1 fueron entrevistadas y se les administraron ambos instrumentos en los centros de atención de salud donde eran atendidas. Los datos de los grupos control (G2 y G3), fueron obtenidos de la base de datos del Proyecto Multicéntrico Dilema (Feixas y Saúl, 2001). Las mujeres de estos dos grupos no fueron entrevistadas.

Una vez sistematizados y agrupados los datos obtenidos a través de las entrevistas, se obtuvo la siguiente caracterización adicional de las mujeres en el grupo G1. De estas mujeres, diez han tenido hijos; cinco de ellas trabajan sólo en casa y las otras 10 trabajan además fuera del hogar.

Los síntomas mencionados por las mujeres entrevistadas correspondían a los más comúnmente citados en la literatura (sofocos, calores, dificultades para conciliar el sueño, entre otros). De las 15 mujeres del grupo consultante, doce manifestaron tener entre uno y cuatro síntomas; dos manifestaron tener cinco o más; y una de ellas manifestó no haber experimentado ningún síntoma en especial –al margen del cese del flujo menstrual.

De las 15 mujeres entrevistadas, ocho habían recibido terapia hormonal en algún momento, en el lapso de los últimos cinco años, y otras tres habían sido sometidas a histerectomía.

Instrumentos y medidas

Para la obtención de los datos en los tres grupos de mujeres se utilizaron los instrumentos: (a) *Técnica de Rejilla Interpersonal* (TRI) (Feixas y Cornejo, 1996), que aporta datos sobre significados, autoestima, diferenciación cognitiva, dilemas personales y perfil de construcción del sí mismo. (b) *Inventario de Síntomas SCL-90-R* (Derogatis, Lipman y Covi, 1977), que explora la existencia de síntomas clínicos

relevantes. En el caso del grupo G1, se utilizó además una *entrevista clínica semi-estructurada* de construcción *ad-hoc*, con el fin de obtener antecedentes personales y familiares que pudieran ser de interés para la discusión de los resultados.

La técnica de rejilla, llamada así por su formato de cuadrículas, fue ideada por George Kelly dentro del marco de su teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1955). En las columnas se colocan los elementos, en las filas los constructos y en las casillas que forma cada cruce de un elemento con un constructo, las puntuaciones. En la modalidad que nosotros empleamos, la TRI, los elementos son entre 10 y 20 personas significativas (familiares, amigos) del mundo interpersonal del paciente, así como el «yo actual» y el «yo ideal» (cómo me gustaría ser). Los constructos, por su parte, se elicitán por díadas, de modo que se derivan de la formulación sucesiva de preguntas de similitud y diferencia entre diversos pares de elementos (personas). Con ello el entrevistado proporciona los «constructos» que son relevantes para dar significado a su mundo interpersonal de acuerdo con las distinciones que es capaz de trazar entre sus familiares y amigos (elementos). Por ejemplo, al preguntarle en qué se parecen los elementos «padre» y «madre» puede contestar que los dos son «trabajadores» (como opuesto a «vagos»). Una vez obtenidos los constructos, se aplican, uno a uno, a cada elemento en función de una escala tipo Likert de 7 puntos. El resultado de la prueba es una matriz numérica susceptible de ser analizada tanto a nivel cualitativo como cuantitativo (véase Feixas y Cornejo, 1996, para más detalle).

A nivel cualitativo se puede obtener información variada (véase Botella y Feixas, 1998), que para efectos de este estudio centraremos en los siguientes aspectos:

1. Red de relaciones interpersonales
2. Complejidad cognitiva
3. Polarización global de las puntuaciones asignadas a cada elemento, que indica la extremidad de la aplicación de cada constructo y señala el grado de rigidez cognitiva.
4. Conflicto cognitivo, que se evalúa considerando dos indicadores (Feixas, Saúl, Ávila-Espada y Sánchez, 2001): (a) el constructo dilemático (b) el dilema implicativo y la proporción en que está presente (Sánchez, 2000).
5. Autoimagen y perfil de construcción del sí mismo, a través de la correlación entre las puntuaciones de «yo actual», «yo ideal» y «otros» (Feixas y Cornejo, 1996).
6. Contenido de los constructos con mayor índice de intensidad, que indican aquellos puntuados como más centrales.

Para la obtención y análisis de estos resultados se utilizó el Programa Record v. 4.0⁷.

El Inventario de *Síntomas SCL-90-R* fue diseñado por L. Derogatis, R. Lipman y L. Covi (1977) como autoinforme clínico destinado a evaluar la conducta sintomática de pacientes psiquiátricos ambulatorios. El SCL 90-R es un cuestionario auto-aplicable, de tiempo breve, diseñado para explorar un amplio rango de problemas psicológicos y síntomas psicopatológicos.

Consta de 90 ítems medidos por escala tipo Lickert que valora en una escala de cinco puntos desde nunca hasta extremadamente. La agrupación de estos ítems refleja nueve dimensiones sintomáticas: *somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo*. Además incluye ítems relacionados con trastornos del sueño y

7. Disponible en internet en la página www.terapiacognitiva.net. Es una versión que mejora la 2.0 (Feixas y Cornejo, 1996) al permitir la identificación de dilemas implicativos.

del apetito, que no corresponden a ninguna de las categorías anteriores, y que se incluyen en la escala por ser clínicamente importantes. Estos ítems son incluidos y analizados de forma adicional en este estudio, para la muestra clínica.

Una *entrevista clínica semiestructurada*, centrada en datos relevantes para el estudio como edad, estado civil, genograma actual, historia de salud general y síntomas relacionados con la menopausia.

Procedimiento

En cada centro de salud (atención primaria y unidad de ginecología), las mujeres entrevistadas fueron derivadas por el médico de referencia de cada una de ellas, previa explicación del propósito de la investigación. La selección fue incidental, según las posibilidades horarias y el interés de las mujeres que asistían a consultar. Una vez realizado el primer contacto se acordaba el modo y momento de aplicación de la entrevista, la rejilla y el SCL, que en promedio fue de 2 horas. En algunos casos se realizó la aplicación completa en dos sesiones.

Resultados

Resultados obtenidos con la administración de la Rejilla Interpersonal

Las medianas y puntuaciones máximas y mínimas obtenidas por las mujeres de los tres grupos en las dimensiones de la TRI consideradas para este estudio, se presentan en la Tabla 1. Dado que los grupos son pequeños, que algunas de las puntuaciones presentan una dispersión muy amplia y/o son coeficientes de correlaciones, se han presentado las medianas y no las medias. Las puntuaciones de las mujeres en cada grupo fueron contrastadas mediante la prueba no paramétrica de comparación de rangos de Kruskal-Wallis, y los contrastes *a posteriori* entre pares de grupos se hicieron mediante la aplicación de la prueba «U» de Mann Whitney (Siegel, 1975).

La comparación de grupos en las diferentes dimensiones de la TRI, muestra la existencia de diferencias estadísticamente significativas sólo en Aislamiento social autopercebido ($H = 6,613$, $p = .037$). Al contrastar las puntuaciones de esta dimensión en cada par de grupos por separado, se encuentra diferencia significativa entre los puntajes de las mujeres de los grupos G1 y G3 ($U = 50$, $p = .009$), y entre los grupos G2 y G3 ($U = 56$, $p = .019$). La comparación entre G1 y G2 no revela diferencias significativas ($U = 105,5$, $p = .775$).

A pesar de que no se encontraron diferencias significativas en las demás dimensiones de la TRI, la inspección visual de los datos presentados en la Tabla 1 permite apreciar la existencia de tendencias que, por tratarse de un estudio exploratorio, nos ha parecido interesante comentar. En los próximos párrafos se describen brevemente estas tendencias.

Aunque no significativamente, las mujeres del G1 tenderían a utilizar puntuaciones extremas (polarización = 38,46) lo que reflejaría una forma cognitiva de operar más propia de la depresión (Neimeyer y Feixas, 1992). Por otra parte, la presencia de una mediana de tres constructos dilemáticos en este grupo puede indicar una ten-

TABLA 1. MEDIANAS DE LAS PUNTUACIONES DE LA TRI OBTENIDAS POR LOS TRES GRUPOS DE MUJERES

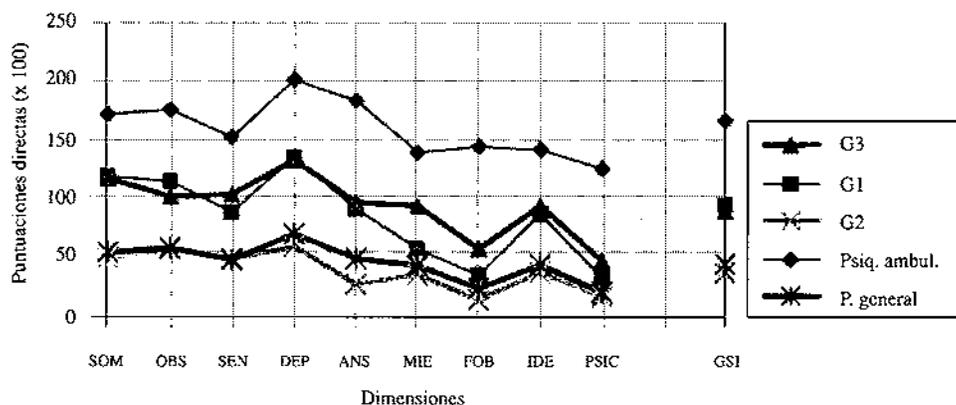
	G1 (n = 15)	G2 (n = 15)	G3 (n = 15)
Constructos	13,00	14,00	15,00
Elementos	13,00	10,00	14,00
Constructos dilemáticos	3,00	2,00	1,00
Polarización total	38,46	26,79	22,96
Índice de indefinición	11,53	10,91	17,44
Pvef1	43,49	44,43	45,48
Distancia Yo-Ideal	0,25	0,20	0,21
Porcentaje de dilema	1,85	3,81	2,94
Autoestima	0,40	0,30	0,39
Aislamiento Social	0,32	0,33	0,60
Adecuación de los Otros	0,25	0,40	0,54

dencia a no poder definir claramente el ideal, o una tendencia a no saber lo que quieren. Para el G2, el porcentaje de dilemas puede indicar algunos aspectos en los que desean cambiar y que, a su vez, el cambio no es posible porque es amenazante para el propio autoconcepto. Para las mujeres del grupo G3, el índice global de indefinición (17,43) indica que los constructos no les son tan útiles para discriminar y para anticipar los acontecimientos, lo que se asocia a la presencia de ansiedad (Botella y Feixas, 1998, p. 98).

En particular, de las puntuaciones obtenidas en las correlaciones «yo actual»-«yo ideal», «yo actual»-«otros» y «yo ideal»-«otros», los grupos tendrían la siguiente tendencia: (a) Las mujeres del grupo G1 tienden a percibirse mejor o más adecuadas que los otros en comparación con las de los demás grupos (mayor autoestima, mayor aislamiento o diferenciación de los otros, y menor adecuación de los otros); (b) las del grupo G2 tienden a percibir a los demás como más adecuados que ellas mismas, y (c) las mujeres del grupo G3 tienden a percibirse más parecidas a los demás, y éstos son vistos como más adecuados que ellas mismas o más cercanos al ideal.

Resultados obtenidos con la aplicación del SCL-90-R

Las medias de las puntuaciones obtenidas por las mujeres en los tres grupos en las diferentes escalas del SCL-90-R se presentan en la Figura 1. Estas puntuaciones fueron comparadas mediante el uso de la prueba de Kruskal-Wallis y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las siguientes dimensiones: Somatización, Depresión, Ansiedad, Ideación Paranoide y el GSI. Estos resultados se presentan en la Tabla 2.



Comparaciones a posteriori demostraron que las diferencias significativas en la dimensión de somatización se debían a una diferencia entre los grupos G1 y G2. Esta diferencia se obtuvo para todas estas escalas, siendo mayores las puntuaciones para el grupo G1. Similar es lo que ocurre entre los grupos G2 y G3, siendo todas las puntuaciones significativamente mayores para el grupo G3, a excepción de las puntuaciones en somatización. Entre los grupos G1 y G3 no se encontraron diferencias significativas. Las distribuciones de los puntajes (medianas) de cada grupo para las dimensiones antes descritas pueden ser observadas directamente en la Figura 1.

Aunque sin alcanzar niveles de importancia clínica, las puntuaciones de los grupos G1 y G3 se encuentran todas más cercanas a las puntuaciones representativas de las respuestas de pacientes psiquiátricos ambulatorios, y no así las puntuaciones del grupo G2 (véase Figura 1).

TABLA 2. PRUEBA DE MANN-WHITNEY PARA LOS GRUPOS G1, G2 Y G3

	G1 vs. G2	G2 vs. G3	G1 vs. G3
Somatización	U = 14 p = ,005	U = 23 p = ,270	U = 57,5 p = ,338
Depresión	U = 21 p = ,026	U = 9 p = ,010	U = 71,5 p = ,849
Ansiedad	U = 13,5 p = ,004	U = 6 p = ,003	U = 74 p = ,978
Ideación paranoide	U = 17,5 p = ,011	U = 11 p = ,019	U = 71,5 p = ,849
GSI	U = 14 p = ,005	U = 8 p = ,007	U = 65 p = ,605

Resultados adicionales del SCL-90-R para el grupo G1

Como se ha descrito en la sección referida al método, además de las dimensiones, el SCL-90-R tiene ítems que plantean temas que admiten ser agrupados en: altera-

ciones del sueño, trastornos de la alimentación, pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir, y sentimientos de culpa⁸.

Estas cuatro agrupaciones de ítems se compararon de forma dicotómica. Se contabilizó como un *Sí* cada vez que hubo una respuesta con puntuación igual o mayor de 1, y se contabilizó como un *No* cada vez que hubo una puntuación cero.

La proporción de mujeres del grupo G1 que marcó *Sí* a esta agrupación de ítems, tanto en las alteraciones del sueño (93,3%), como en las alteraciones de la alimentación (73,3%) y en los pensamientos acerca de la muerte (60%) representan un porcentaje notablemente elevado, tal como se muestra en la Tabla 3.

TABLA 3. PROPORCIÓN DE MUJERES DEL GRUPO G1 QUE PUNTÚAN EN LOS ÍTEMS ADICIONALES DEL SCL-90-R (N = 15)

	<i>Alteraciones del sueño</i>	<i>Trastornos de la alimentación</i>	<i>Pensamientos de muerte</i>	<i>Sentimientos de culpa</i>
<i>Sí</i>	14 (93,3%)	11 (73,3%)	9 (60%)	5 (33,3%)
<i>No</i>	1 (6,7%)	4 (26,7%)	6 (40%)	10 (66,7%)
Total	15 (100%)	15 (100%)	15 (100%)	15 (100%)

Discusión

Un primer hallazgo relevante en este estudio es que las mujeres que están en periodo de climaterio, es decir los grupos G1 y G2, tienden a percibirse más aisladas socialmente y distintas de los demás. Las mujeres del grupo G3 son las que se perciben más cerca de los demás y valoran a los demás como mejores que a sí mismas, o más cercanos a su ideal. Desde el punto de vista del ciclo vital, podemos suponer que en la etapa del climaterio las mujeres pueden percibir, a través de variaciones tan evidentes como las que se han descrito previamente, que cambian y se diferencian de los demás; a su vez, las mujeres en etapas previas concentrarían más su atención en los otros. Al respecto, Greer (1993) y Siegal *et al.* (1993) comentan que la mujer está durante mucho tiempo de su vida volcada a lo externo, dedicada a los demás (hijos, marido, padres y el cuidado de la propia imagen), y que en esta etapa –del climaterio– puede, al fin, dedicarse a sí misma. De este modo, puede interpretarse ya no como soledad o aislamiento, sino como un cambio en las relaciones interpersonales de las mujeres en etapa de climaterio, esto sin subestimar el sufrimiento y las dificultades que este cambio puede significar cuando se produce.

Desde un punto de vista clínico, el valor de lo relacional señala la necesidad de indagar estos aspectos en el momento de evaluar malestar. Las relaciones con los demás, el grado de satisfacción de las mismas, y las posibilidades de contar con vínculos nutricios, dan cuenta de aspectos esenciales en el momento de evaluar cómo se encuentran estas mujeres.

Sin perder de vista las limitaciones de este estudio, particularmente en el reducido tamaño de la muestra, estimamos que algunos de los resultados observados constituyen otros aspectos interesantes de analizar.

8. Este último sólo contiene un ítem que plantea el tema con la afirmación: "me siento culpable".

Las mujeres consultantes (G1) son las que presentan mayores indicadores de tendencias depresivas, tanto en su forma cognitiva de operar (rigidez), como en las puntuaciones sintomáticas del SCL-90-R, así como también en el nivel de incomodidad o insatisfacción con su propia imagen y, de modo significativo, en su percepción de mayor aislamiento social. Podemos suponer que el vivenciar la etapa de climaterio en combinación con problemas de salud, que las llevan a consultar, predispone a sentimientos de mayor vulnerabilidad, tristeza y soledad. Como plantean Huffman y Myers (1999), los cambios que ocurren, combinados con la confusión y el miedo, hacen de esta etapa un problema para más de una mujer, y en especial para las que están en condiciones de enfermedad o sufrimiento, como las mujeres del grupo G1.

Por otra parte, nos parece interesante destacar que las puntuaciones del SCL-90-R de las mujeres de los grupos G1 y G3 son similares y distintas del grupo de mujeres del G2. Específicamente, las mujeres del G1 y G3 puntúan alto en tres escalas del SCL-90-R: Ansiedad, Depresión e Ideación paranoide.

Para las puntuaciones obtenidas en las escalas de Depresión e Ideación paranoide podemos suponer que los cambios que se dan en esta etapa de climaterio, y los prejuicios a los que se enfrentan, pueden ser factores de influencia importante en esa dirección. La Ideación paranoide, en el sentido clínico, puede estar ligada a los innumerables prejuicios y conceptos peyorativos a los que nos referíamos en la sección introductoria de este informe; es comprensible cuando el trato, la imagen y las relaciones cambian rodeadas de ideas de estar «mal» o «en falta». Sin embargo, resulta difícil suponer, sin datos conocidos, por qué en el caso de las mujeres adultas del G3 pueden darse estas puntuaciones similares a las mujeres del G1. Un posible indicio lo observamos en datos publicados de una investigación de De La Gándara en 1994 (Alonso *et al.*, 1997, p.78) sobre prevalencia de trastornos afectivos en población general donde, aunque los autores no lo comentan, son las mujeres de 18 a 44 años (las más jóvenes del estudio) las que presentan las puntuaciones más altas en *depresión mayor* y en la categoría de *todos los trastornos afectivos*.

Las puntuaciones adicionales del SCL-90-R de las mujeres en periodo de climaterio que consultan muestran que este grupo tendería a padecer trastornos del sueño y alimentarios; dos tipos de alteraciones que parecían no haber sufrido previamente. Ambos signos coinciden con lo descrito en la literatura relacionada con los cambios propios del periodo, pero no por ello poco relevantes en el momento de emitir un juicio clínico. Estas alteraciones influyen fuertemente en el estado de ánimo de cualquier persona que los padezca y es necesario advertir que su presencia en este periodo de climaterio es pasajera.

Parece que si bien las mujeres en etapa de climaterio viven una situación de cambio tradicionalmente descrito como negativo, considerando las dificultades que este periodo pueda tener, podría tratarse en gran medida de un acontecimiento positivo, aunque con mayores dificultades para quienes tienen problemas de salud. Esto puede ser un aporte adicional a la hipótesis, ya planteada por algunos autores, que propone esta etapa como de mejoría de otras dificultades. Contrariamente a lo que parece pensarse, muchos trastornos descritos en las mujeres disminuirían en la etapa de climaterio.

Las mujeres entrevistadas de este estudio mencionaron menos cantidad de signos relacionados con la menopausia que los descritos en la literatura, o los que se suelen asociar en la literatura con las mujeres en esta etapa de vida. Aun en los casos de las mujeres que consultan, de quienes no hay duda que presentan problemas de salud, los síntomas característicamente asociados a la menopausia eran pocos, com-

parados con el perfil que es posible derivar de la literatura especializada en el tema. Esto reafirma el planteamiento de Sánchez-Cánovas (1996), Greer (1993) y Alonso *et al.* (1997), entre otros, quienes alertan respecto a la magnificación o exacerbación de un problema por el sesgo derivado de un enfoque excesivamente médico del tema. Los signos de esta etapa reconocidos por las mujeres como asociados a la menopausia fueron básicamente los tres que plantearan Siegal *et al.* (1993, p. 169): la desaparición de la regla, la sequedad vaginal y los sofocos.

Sería de interés conocer las dificultades y alteraciones que les afectaron en los años anteriores al climaterio para evaluar realmente de qué cambios estamos hablando durante la etapa del climaterio.

Es probable —y deseable—, que en estos últimos años la información y percepción del periodo climatérico haya variado hacia una postura positiva y saludable, lo que esperaríamos que ocurra de manera creciente, y con todos los involucrados.

No obstante el carácter tentativo de este estudio, nos atrevemos a sugerir que el periodo de climaterio en la vida de las mujeres puede tener más connotaciones de cambio y de oportunidades, que de enfermedad o patología, en especial si tomamos en consideración los significados construidos por las propias mujeres que viven este periodo. Resulta importante resaltar también la marcada influencia que el estado general de salud parece tener en el momento de evaluar o ponderar el malestar de las mujeres en esta etapa de la vida, hasta el punto que gran parte de los estereotipos y connotaciones negativas típicamente atribuidos a este periodo en la vida de la mujer, parecen derivar no del periodo en sí, sino de las vulnerabilidades biológicas, sociales y culturales asociadas. En otras palabras, el estado de salud general parece sobrepasar las consideraciones relacionadas con la etapa de climaterio, y es este estado el que parece marcar o definir cómo se sienten las mujeres que lo vivencian. Cabría preguntarnos entonces, si la influencia de las dificultades de salud sobre la construcción de significados de las personas es similar para cualquier otro periodo transicional en la vida de la mujer. De este modo, una hipótesis posible es que parte de los estereotipos existentes hacia las mujeres en periodo de climaterio se han derivado de aquellas que tienen dificultades en su estado de salud general, y que pueden hacerse más obvias porque entonces tienen más tiempo para consultar especialistas para sí mismas.

Por otra parte, también cabría preguntarse si acaso el climaterio podría manifestarse de igual manera para los hombres que para las mujeres que se enfrentan a similares condiciones de cambio de funciones y roles de elevada significación vital, como podrían ser por ejemplo, el de las funciones reproductivas y parentales («parentales» en este caso). Sin embargo, nos damos cuenta de que encontrar tal similitud parece una tarea difícil.

REFERENCIAS

- Alonso, A., Fuertes, J., de la Gándara, J., Martínez, J., Pérez, C. y Tamayo, M. (1997). *Menopausia y trastornos psicosomáticos*. Madrid: Cauce.
- Anarte, M. y Cuadros, J. (1996). Actitud ante la menopausia: datos obtenidos tras la aplicación de un programa de tratamiento psicológico asociado al tratamiento hormonal sustitutivo. *Acta Ginecológica*, 53, 27-32.
- Blasco, S. (1996). *Una etapa vital. Menopausia*. Buenos Aires: Paidós.
- Botella, J. (2001). La mujer ante el tercer milenio. Primera parte: La prolongación de la vida. *Acta Ginecológica*, 58, 97-102.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.

- Delgado, A., Sánchez, M., Galindo, I., Pérez, C. y Duque, M. (2001). Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. *Atención Primaria*, 27 (1), 27-40.
- Derogatis, L., Lipman, R. & Covi, L. (1977). *SCL-90: Administration, Scoring, and Procedure Manual - I*. Baltimore, MD: Johns Hopkins.
- Feixas, G. y Cornejo, J. (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla* (2ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2001). *Proyecto Multicéntrico Dilema*. En Internet: www.usal.es/ftp
- Fernández, E. (1999). Menopausia, problema médico, social y económico. En A. Pellicer y C. Simón, *Climaterio y Menopausia*. Cuadernos de Medicina Reproductiva. Madrid: Médica Panamericana, 4 (2).
- Greer, G. (1993). *El cambio, mujeres, vejez y menopausia*. Barcelona: Anagrama.
- Huffman, S. & Myers, J. (1999). Counseling women in midlife: An integrative approach to menopause. *Journal of Counseling and Development*, 77 (3), 258-266.
- Im, E., Ibrahim, A. & Lee, K. (1999). Symptom experience during menopause transition: Low income Korean immigrant women. *Women and Health*, 29 (2), 53-67.
- Jiménez de Luque, M. (1995). *Menopausia. Educación para la salud*. Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA).
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 vols.). Nueva York: Norton (reimpresa por Routledge y Kegan Paul, Londres, en 1991).
- Li, S., Lanuza, D., Gulanick, M., Penckofer, S. & Holmar, K. (1996). Perimenopause: The transition into menopause. *Health Care for Women International*, 17, 293-306.
- Luque, A., Rodríguez, J. y Camacho, M. (1999). El uso de la rejilla: revisión. *Anales de Psiquiatría*, 15 (6), 246-252.
- Maher, B. (2001). G. Kelly. *Psicología de los constructos personales*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Neimeyer, R. & Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (1), 47-56.
- Navarro, J. y Navarro, J. (2001). Concepto. Epidemiología general. En J. Navarro, J. Calaf, R. Camino, J. Ferrer, E. Magnani, J. Parrilla y R. Pérez. *El Climaterio* (pp. 3-9). Barcelona: Masson.
- OMS (1994). *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa*. Serie e informes de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Olazábal, J., García, R., Montero, J., García, J. y Pastor, F. (2000). La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 26 (6), 405-414.
- Palacios, S. y Menéndez, C. (1998). *Guía de la menopausia: la necesidad de cuidarse*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Paycr, L. (1991). La menopausia en distintas culturas. En H. Burger y M. Bouillet, *Perspectiva actual de la menopausia*. Barcelona: Ciba.
- Pérez, C. y de la Gándara, J. (1997). Aspectos psicológicos de la menopausia. En A. Alonso, J. Fuertes, J. de la Gándara, J. Martínez, C. Pérez y M. Tamayo. *Menopausia y trastornos psicósomáticos* (pp. 61-74). Madrid: Cauce.
- Pervin, L. y John, O. (1999). *Personalidad, teoría e investigación*. México: Manual Moderno.
- Rebordora, J. y Rafecas, P. (2001). *Menopausia*. Barcelona: Colección Salud.
- Sánchez-Cánovas, J. (1996). *Menopausia y salud*. Madrid: Ariel.
- Sánchez, V. (2000). *La resistencia al cambio en psicoterapia. Una perspectiva constructivista*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Siegel, D., Costloow, J., Lopez, M. y Taub, M. (1993). Menopausia, la entrada a nuestra tercera edad. En P. Brown y L. Siegal (Comp.), *Envejecer juntas* (cap. 10). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Siegel, S. (1975). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Sommer, B., Avis, N., Meyer, P., Ory, M., Madden, T., Kagawa-Singer, M., Mouton, Ch., Rasor, N. & Adler, S. (2000). Attitudes toward menopause and aging across ethnic/racial groups. *Psychosomatic Medicine*, 62 (1), 96.
- Triadó, C., Martínez, G. y Villar, F. (2000). *Psicología del desenvolupament: adolescència, maduresa i senectut*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.

