

## Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión

FUENTE: PSICOLOGIA.COM. 2001; 5(3) <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2439>

**N. Camuñas\***, **E. García\*\***, **F. Vivas\*\*\***, **C. Morales\*\*\***, **D. Aranda\*\*\*** y **A. Cano\***.

\* Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, España.

\*\* Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés. Facultad de Psicología. UCM, España.

\*\*\* Programa de Menopausia. Ayuntamiento de Madrid, España.

[\[otros artículos\]](#) [\[13/2/2001\]](#)

### Resumen

Entre la sintomatología que con mayor frecuencia refieren las mujeres durante la menopausia se engloban tanto síntomas físicos (osteoporosis, obesidad, hipertensión arterial, etc.), como psicológicos (cambios emocionales, insomnio, etc.) (Magnani, Sánchez-Arcilla, Aranda, Campillo, Campillos, de Dios, García, García y Rodríguez, 1999). Por otra parte, son numerosos los estudios que relacionan distintos estados emocionales con reactividad cardiovascular (Knapp, Levy, Giorgi, Black, Fox y Heeren, 1992; Sinha, Parsons, 1996). Cobrando una consideración especial dentro de los trastornos cardiovasculares (por ej. hipertensión), la influencia de variables emocionales como la ansiedad (Miguel Tobal y Casado, 1994) y la ira (Davidson, MacGregor, Stuhr, Dixon y MacLean, 2000; Prkachin, Williams-Avery, Zwaal y Mills, 1999). Por estos motivos, presentamos un programa de intervención cuyo objetivo es la reducción de la tensión arterial en mujeres menopáusicas, mediante el manejo de la ansiedad, la mejora sobre el control y expresión de la ira, así como la modificación de hábitos de vida no saludables. Tras la aplicación del programa así como en el seguimiento realizado se encuentran resultados muy satisfactorios.

### Introducción

Durante la menopausia, entendida ésta como el cese definitivo de la menstruación, se producen una serie de cambios hormonales y metabólicos que dan lugar a la aparición de una serie de síntomas físicos (Sánchez Cánovas, 1996) y psicológicos (Magnani, Sánchez-Arcilla, Aranda, Campillo, Campillos, De Dios, García, García y Rodríguez, 1999), resaltando entre los síntomas psicológicos cambios emocionales (ansiedad, depresión e ira) y entre los físicos osteoporosis, obesidad, sofocos, atrofia urogenital, palpitaciones, destacando la hipertensión arterial. La relación entre los cambios endocrinos y los trastornos emocionales asociados a esta etapa de la vida de la mujer ha sido ampliamente estudiada, pero en la actualidad están tomando cada vez más relevancia la influencia de los cambios psicológicos y sociales en dichos trastornos emocionales (Sánchez-Cánovas, 1996). Este cambio de perspectiva ha sido debido en parte a que la menopausia coincide con un periodo del ciclo vital en el que se suceden variaciones en la vida social y familiar como enfermedades, separaciones de los hijos y cuidado de padres. Con lo cual, resulta necesario poner en marcha un proceso de adaptación que implica la utilización de recursos adecuados para afrontar exitosamente este conjunto

de acontecimientos. En conclusión, la menopausia, como cualquier otro acontecimiento vital, en este caso un suceso natural de índole biológica, psicológica y cultural, puede representar una experiencia positiva o negativa según sea el proceso de adaptación y la manera de afrontarlo. Desencadenando emociones negativas (ansiedad, depresión e ira), si la persona no cuenta con recursos adecuados de afrontamiento, lo cual está influyendo de forma negativa sobre la hipertensión. Por otra parte, dada su alta prevalencia en población adulta (en torno al 20%), la hipertensión arterial constituye uno de los problemas más relevantes de los servicios de salud (Domínguez Sánchez, 1991), encontrándose a partir de los 50 años una mayor incidencia de este trastorno en mujeres que en varones (Fernández-Abascal, 1993). En el estudio de la hipertensión arterial ha suscitado un gran interés la investigación del "perfil" psicológico característico de este tipo de pacientes, ocupando un papel relevante en este tipo de investigaciones la relación existente entre la hipertensión y las reacciones emocionales. Encontrándose autores que no dudan en proponer que la ansiedad mantiene una relación con la hipertensión, observándose en los pacientes hipertensos una respuesta de ansiedad más elevada que en los pacientes normales (Miguel Tobal y Casado, 1994). Igualmente, la ira tiene una consideración especial dentro de los trastornos cardiovasculares (Prkachin, Williams-Avery, Zwaal y Mills, 1999; Chesney, Rosenman, 1985; Siegman, Smith, 1993) Así, la ira en sus distintas formas de expresión y afrontamiento afecta de forma significativa a la presión arterial (Davidson, MacGregor, Stuhr, Dixon y MacLean, 2000; Jorgensen, Johnson, Kolodziej y Scherer, 1996; Larson y Langer, 1997), no sólo constituyendo, de por sí, parte de los factores de riesgo como el tabaquismo o el alcoholismo, sino que tiene una relación directa en la elevación de la tensión (Siegman, 1994; Stoney y Engebretson, 1994). Finalmente, el estrés también ha sido asociado con el riesgo de padecer diferentes trastornos cardiovasculares, tal como ha sido demostrado en un estudio realizado con mujeres por Stoney en 1999. Por todo lo expuesto, se ha generado, cada vez mas, la necesidad de diseñar y poner en marcha programas de intervención en pacientes con hipertensión desde un punto de vista multidisciplinar. Si además tenemos en cuenta que durante la menopausia uno de los síntomas más frecuentes es la hipertensión y que esta etapa se asocia con cambios emocionales, formando parte estas emociones del conjunto de factores de riesgo de la hipertensión, consideramos de gran relevancia la intervención en éste tipo de población desde un marco de trabajo multidisciplinar, debiendo tenerse en cuenta durante la intervención una amplia gama de variables emocionales que están incidiendo de forma directa sobre su problemática. En el presente trabajo se centra en la reducción de la tensión arterial en mujeres menopáusicas, mediante la disminución de los niveles de ansiedad, la mejora sobre el control y expresión de la ira, así como la modificación de hábitos de vida no saludables.

## **Método**

### **Muestra**

La muestra estuvo formada por diez mujeres menopáusicas, de un nivel socioeconómico medio-bajo con edades comprendidas entre los 46 y 57 años (=51). Todas las participantes presentaban altos niveles de colesterol, sobrepeso y estaban diagnosticadas de hipertensión arterial esencial. Las participantes fueron derivadas al programa por el personal sanitario del Centro Integrado de Salud de Villaverde perteneciente al Ayuntamiento de Madrid, y acuden al mismo de forma voluntaria.

### **Instrumentos**

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1994): Este cuestionario, se basa en el modelo de Lang (1986) y el modelo interactivo de Endler y Okada (1975). Ofrece medidas en ocho escalas diferentes: Ansiedad a nivel Cognitivo, Ansiedad a nivel Fisiológico,

Ansiedad a nivel Motor, Puntuación Total o Rasgo de Ansiedad, FI- situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades, FII- situaciones sexuales y de interacción social, FIII- situaciones fóbicas y FIV- situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo. -S.T.A.X.I.- (Spielberger, 1988, 1991): Los ítems de este inventario están distribuidos en tres escalas: Estado, Rasgo y Expresión de Ira. A partir de la escala rasgo se obtienen las subescalas de Temperamento y Reacción de Ira. La escala Eexpresión da lugar a la subescalas: Ira Interna, Ira Externa, Control y Expresión de Ira.

Esfingomanómetro: Este instrumento fue utilizado por las enfermeras del centro para tomar medidas de la tensión arterial antes del comienzo de cada sesión de programa.

Procedimiento

El programa consta de quince sesiones las cuales se desarrollaron con una periodicidad semanal y con una duración de 1 h. y 30 min.

Las fases de las que consta el programa son las siguientes: evaluación pretratamiento, tratamiento, evaluación postratamiento y seguimiento (cinco meses después de la finalización del mismo).

Para la evaluación pretratamiento, postratamiento y seguimiento los sujetos completaron la batería anteriormente descrita (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-; Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo -S.T.A.X.I.-; así como medidas de presión arterial.

El tratamiento, propiamente dicho, se centró en el aprendizaje y puesta en marcha de distintas técnicas cognitivo-conductuales destinadas al control de las variables mencionadas anteriormente y el cambio de hábitos de vida no saludables. Los módulos de los que consta se describen a continuación.

Módulo I: Sesión Informativa Psicológica

Se informó al grupo sobre variables psicológicas relevantes dentro de los trastornos cardiovasculares. Se revisaron conceptos e ideas previas de los sujetos sobre factores psicológicos, como ansiedad e ira, y cómo éstas influyen en los trastornos cardiovasculares.

Módulo II: Técnicas Psicofisiológicas

Se realizó un entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson (versión abreviada de Wolpe 1958), así como en respiración abdominal, con el objetivo de que las participantes aprendiesen a controlar su nivel de activación.

Módulo III: Hábitos De Vida Saludables

El propósito era que las sujetos aprendieran y aplicaran, en su vida cotidiana, hábitos de alimentación cardiosaludable. Realizamos esta intervención mediante un paquete de tratamiento compuesto por varias técnicas: autorregistros, control de estímulos, modificación de la conducta de ingesta, entrenamiento en nutrición. Además se informó sobre la importancia de la actividad física.

Módulo IV: Entrenamiento En Solución De Problemas

En este módulo se entrenó a las integrantes del grupo en la técnica de solución de problemas (D´Zurilla y Goldfried, 1971) con el fin de conseguir una automatización y empleo de la técnica ante cualquier problema de la vida cotidiana y, así, poder tomar la solución más adecuada.

Módulo V: Entrenamiento En Control De Ira

El objetivo de este módulo fue el de aprender, identificando las primeras señales físicas de advertencia de la ira y las pautas de escalada, a implementar comportamientos adecuados para afrontar la ira mediante el aprendizaje de métodos como la comunicación asertiva, utilizando técnicas de modelado, ensayo conductual y refuerzo.

## Resultados

### Medidas Pre y Post Tratamiento de grupo

Con el objetivo de comprobar la eficacia del tratamiento, se realizó una prueba Z de diferencias de medias entre las medidas pretratamiento y postratamiento, mostrando el análisis diferencias significativas en la mayor parte de las variables medidas.

Respecto a las variables psicológicas, en ansiedad es la variable en la que se encuentran mayores diferencias significativas pre-postratamiento, en concreto se encuentran diferencias significativas respecto a el triple sistema de respuesta ansiedad cognitiva, fisiológica y motora ( $p=0.051$ ), así como en la puntuación total o rasgo de ansiedad ( $p=0.005$ ); en cuanto a las situaciones de ansiedad, la ansiedad ante situaciones que implican evaluación (FI) y ante situaciones interpersonales (FII) los resultados muestran diferencias significativas de  $p=0.009$  y la ansiedad fóbica y ante situaciones de la vida cotidiana con una  $p=0.012$  y  $p=0.015$  respectivamente.

En cuanto a la tensión arterial, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sus dos medidas (sistólica y diastólica) entre la evaluación pre y la post-tratamiento ( $p=0.007$ ). En este sentido, cabe destacar que a seis de las participantes, durante el desarrollo del programa se le suspendió la medicación antihipertensiva por prescripción médica.

## Discusión

Una vez finalizado el programa, podemos concluir que los objetivos propuestos al comienzo del mismo se han alcanzado satisfactoriamente; consiguiéndose reducir los niveles de la tensión arterial en mujeres menopáusicas, mediante la disminución de los niveles de ansiedad, la mejora sobre el control y expresión de la ira, así como la modificación de hábitos de vida no saludables.

En la evaluación post-tratamiento, todas las participantes lograron reducir la tensión arterial, excepto una que mantiene los mismos niveles desde el comienzo del tratamiento. Respecto al seguimiento, realizado a los cinco meses, se evidencia que, no sólo mantienen los niveles de presión arterial de la evaluación post-tratamiento, como era de esperar, sino que se produce una reducción de la presión arterial sistólica en algunas de las participantes, lo que hace suponer que las participantes tras la finalización del programa siguen poniendo en marcha las estrategias aprendidas durante el mismo. Cabe destacar, tal y como comentamos en los resultados, que el médico suspendió la medicación antihipertensiva a seis de los sujetos durante el tratamiento y, para la fecha del seguimiento, seguían sin su administración.

Respecto a las variables emocionales, se encuentra un descenso respecto a la evaluación pre-tratamiento en la respuesta de ansiedad, tanto en el triple sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), así como en las cuatro áreas situacionales evaluadas por el ISRA, este descenso se hace más evidente en la evaluación de seguimiento.

En cuanto al STAXI, se destaca una disminución encontrada en rasgo de ira y temperamento, es decir, existe una menor predisposición para experimentar ira, disminuyendo sobre todo la expresión de ira de forma injustificada (sin una provocación específica), lo cual puede estar influyendo en la reducción de tensión arterial que se da en las participantes del programa.

En el resto de escalas que evalúa el STAXI, también se observan variaciones entre la evaluación pretratamiento y postratamiento, aunque en este caso no son significativas, observándose en el seguimiento una nueva disminución en todas sus escalas, incluida la escala de ira interna y de ira externa. Estos datos apoyan la idea de algunos investigadores de que ambos tipos de expresión de ira (externa e interna) pueden influir en las medidas de presión arterial, no existiendo una confirmación clara acerca de cuál de sus formas de expresión es la responsable en las variaciones de la tensión

arterial debido a que, en la actualidad, los instrumentos que evalúan la ira se centran en la manifestación destructiva y explosiva de la misma y no hablan de un posible control "asertivo" de esta (Davidson, MacGregor, Stuhr, Dixon y MacLean, 2000). Sin embargo, algunos teóricos afirman que expresar la ira de forma "asertiva", constructivamente y con motivación para resolver el problema puede ser asociada positivamente con los parámetros de la salud cardiovascular (Gidron y Davidson, 1996; Gidron, Davidson y Bata, 1999; Siegman, 1993). Por ello, pensamos que la inclusión en este programa del módulo de entrenamiento en control de ira para su expresión asertiva y del módulo de entrenamiento en solución de problemas incidió positivamente en el descenso de la HTA, aunque no se muestren claras diferencias en el STAXI.

Las técnicas de relajación y control de ira resultaron muy útiles para reducir sus niveles de ansiedad y lograr un mayor control emocional, y así lo manifestaron todas las participantes, notándose incluso el cambio en las relaciones interpersonales que se establecieron dentro del grupo.

En conclusión, podríamos decir que la realización de este programa apoya los datos encontrados por otros autores en los que se encuentra una relación entre hipertensión y reacciones emocionales como ansiedad e ira (Larson y Langer, 1997; Miguel Tobal y Casado, 1994) y confirma, así, la importancia de la intervención psicológica en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial, encontrándose datos en este mismo sentido en otros trabajos, en los que al igual que en el programa que aquí hemos presentado, se trabaja con el manejo de variables emocionales para el control de tensión arterial (Pérez Nieto, Miguel-Tobal, Cano Vindel, Fernández Pinilla, Ávila, Martín y Luque, 1999). Por lo tanto, tal y como habíamos planteado anteriormente (Cano Vindel, Miguel Tobal, Pérez Nieto, Camuñas e Iruarrizaga, 1999), parece que el control de este trastorno cardiovascular resulta más fácil para el paciente y para el médico si se combinan la terapia farmacológica y técnicas psicológicas cognitivo-conductuales.

## Referencias bibliográficas

- Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J.J., Pérez Nieto, M.A., Camuñas, N. e Iruarrizaga, I. (1999). Emociones y reactividad Cardiovascular. Comunicación presentada en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada, 24-27 de Noviembre.
- Chesney, M. Y Rosenman, R. (1985) Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders. Washington: Hemisphere.
- Davidson, K.; MacGregor, M.; Stuhr, J.; Dixon, K. y MacLean, D. (2000). Constructive Anger Verbal Behavior Predicts Blood Pressure in a Population-Based Sample. *Health Psychology*, 19 (1).
- D´Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Ekman, P., Levenson, R.W. y Friesen, W.V. (1983) Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208-1210
- Fernández-Abascal, E. (1993) Hipertensión. Intervención Psicológica. Madrid: Eudema.
- Gidron, Y. y Davidson, K. (1996) Development and preliminary testing of a brief intervention for modifying CHD hostility components. *Journal of Hypertension*. 603-610
- Gidron, Y., Davidson, K. y Bata, I. (1999) The short –term of a hostility-reduction intervention on CHD patients. *Psychology*, 18, 416-420
- Jorgensen, R.S.; Johnson, B.T.; Kolodziej, M.E. y Schreer, G.E. (1996). Elevated blood pressure and personality: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 120, 293-320.
- Knapp, P.H., Levy, E.M., Giorgi, R. G., Black, P. H., Fox, B. H., y Heeren, T.C. (1992) Short-Term immunological effects of induced emotion. *Psychosom Med*, 54, 133-148.

- Levenson, R.W., Carstensen, L.L., Friesen, W.V. y Ekman, P. (1991) Emotion, psychology and expression in old age. *Psychology Aging*, 6, 28-35.
- Levenson, R.W., Ekman, P., Friesen, W.V. (1990) Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, 27, 363-384.
- Magnani, Sánchez-Arcilla, Aranda, Campillo, Campillos, De Dios, García, García y Rodríguez (1999). Programa de menopausia: Un buen momento para pensar en sí misma. Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- 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.
- Miguel-Tobal, J.J. y Casado, M.I. (1994). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 0, 1-13.
- Pérez Nieto, M.A., Miguel-Tobal, J.J., Cano Vindel, A., Fernández Pinilla, M.C., Avila, M., Martín, N. y Luque, M. (1999). Intervención psicológica en hipertensión arterial esencial: un programa para el control y el manejo de la ansiedad y la ira. Poster presentado en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada, 24-27 de Noviembre.
- Prkachin, K., Williams-Avery, R., Zwaal, C. y Mills, D. (1999) Cardiovascular changes during induced emotion: an application of Lang's theory of emotional imagery. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 255-267.
- Sánchez-Cánovas, J. (1996). Aspectos psicológicos de la menopausia. En Sánchez- Cánovas (coord.). *Menopausia y Salud*, Barcelona: Ariel.
- Siegmán, A.W. (1993) Cardiovascular consequences of expressing, experiencing and repressing anger. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 539-569.
- Siegmán, A.W. y Snow, S.C. (1997). The outward expression of anger, the inward experience of anger and CVR: the role of vocal expression. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 29-45.
- Siegmán, A.W. y Smith, T. (Eds) (1993) *Anger, hostility and the heart*. New Jersey: Erlbaum.
- Sinha, R. , Lovallo, W.R. y Parson, O.A. (1992) Cardiovascular differentiation of emotions. *Psychosomatic Medicine*, 54, 422-435.
- Sinha, R. Y Parsons, O.A. (1996) Multivariate response patterning of fear and anger. *Cogn Emot*, 10, 173-198
- Spielberger, 1988, 1991, versión española de Spielberger, Miguel Tobal, Cano Vindel, Casado, 1992 Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo -S.T.A.X.I.-,
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anger Expression .Inventory*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D. (1991). *State-Trait Anger Expression .Inventory*. Revised Research Edition. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Sueiro Domínguez, E., Caballeira Martínez, M.M., Rodríguez Suárez, J.A. y González García, A (1999). Promoción de la Salud: Intervención psicológica en un grupo de mujeres en el climaterio: (I) programa. *Psicología Conductual*, 7 (1), 139-153.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford California: Stanford University Press.
- 
-