

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PERIMENOPAUSIA MEDIANTE UN PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS

IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PERIMENOPAUSE THROUGH A PROGRAM BASED ON MINDFULNESS

Juan Francisco Espejo Zamora y Montserrat Conde Pastor

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Facultad de Psicología. Madrid, España

Departamento de Psicología Básica II

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Espejo Zamora, J. F. y Conde Pastor, M. (2018). Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en mindfulness. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 131-143.

Resumen

El objetivo prioritario que se pretende con esta investigación es comprobar si la aplicación del programa Mindfulness based Stress Reduction (MBSR) modificado, que ha demostrado ser efectivo en distintos trastornos psicológicos, resulta también efectivo en la reducción de muchos de los síntomas psicológicos que se presentan durante la perimenopausia. Para ello hemos realizado un diseño experimental, en el que participan 80 mujeres perimenopáusicas sanas, constituyendo dos grupos uno experimental cuya edad media era de 46.7 y la desviación típica de 4.2 y un grupo control cuya media fue de 46.9 y una desviación típica de 4.9. Para cuantificar objetivamente la calidad de vida de los sujetos, se utilizó la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia (a de Cronbach = .9092) y para determinar el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se midieron diversas variables psicofisiológicas como la frecuencia cardíaca, la respiratoria, la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica. Se demuestra que el MBSR en su versión modificada, mejora el bienestar psicológico de las mujeres durante el periodo de la perimenopausia, y en consecuencia, también su calidad de vida, de forma significativa.

Palabras clave: perimenopausia, MBSR, Escala Cervantes, medidas psicofisiológicas, síntomas psicológicos.

Abstract

The main objective of this research is to verify whether the application of the modified Mindfulness based Stress Reduction (MBSR) program, which has been shown to be effective in different psychological disorders, is also effective in reducing many of the psychological symptoms that occur during perimenopause. To this end, we have carried out an experimental design, in which 80 healthy perimenopausal women participate, constituting two experimental groups, one with an average age of 46.7 and a standard deviation of 4.2 and a control group with an average of 46.9 and a standard deviation of 4.9.

In order to objectively quantify the quality of life of the subjects, we used the Cervantes Scale of quality of life in menopause (a de Cronbach = .9092) and to determine the level of emotional activation of all participants in each group, we measured various psychophysiological variables such as heart rate, respiratory, systolic blood pressure and diastolic blood pressure. The modified MBSR has been shown to significantly improve women's psychological well-being during the perimenopausal period and, consequently, their quality of life.

Keywords: perimenopausia, MBSR, Cervantes Scale, psychophysiological measures, psychological symptoms.

Fecha de recepción: 15/03/2018. Fecha de aceptación v1: 01/05/2018. Fecha de aceptación v2: 01/10/2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: jfcoesza@cop.es

Dirección postal: Facultad de Psicología UNED. Departamento de Psicología Básica II.

Despacho 2.29. C/ Juan del Rosal nº 10. 28040 Madrid. España

© 2018 Revista de Psicoterapia



Introducción

La vida reproductiva de la mujer se inicia con la primera menstruación o menarquía y se mantiene hasta la menopausia. Desde la menarquía hasta la menopausia transcurre un periodo de tiempo muy amplio (40 años de media), el cual está condicionado por la influencia de las hormonas en general, pero muy específicamente por las femeninas, estrógenos y progesterona (Glenville, 1998; Legorreta, 2007).

A lo largo de este período de tiempo, desde la pubertad hasta la senectud, se producen en la mujer diversos cambios a todos los niveles, físico, psicológico y hormonal, que confirman sin duda el carácter dinámico del amplio proceso. Sin embargo, existe una etapa, en la que los cambios en la mujer son especialmente importantes por su trascendencia, ésta es la menopausia (Li, Lanuza, Gulanick, Penckofer y Holm, 1996; Malacara, 2006). Con frecuencia, se utilizan como sinónimos las palabras menopausia y climaterio, aunque su significado no es el mismo; concretamente, el término climaterio hace referencia al periodo anterior y posterior a la presentación de la menopausia, y por otro lado, el término menopausia se refiere específicamente al momento en que cesa la menstruación definitivamente, tras doce meses de amenorrea. En la menopausia, además de producirse una serie de síntomas físicos como por ejemplo, sofocos, palpitaciones, sudoración, pérdida de elasticidad de la piel, dispareunia, aumento de peso, entre otros, y psicológicos como pueden ser síntomas depresivos, irritabilidad, alteraciones de la memoria y de la concentración, labilidad emocional y cambios de humor; se añade además el hecho de que se deja atrás para siempre la capacidad de reproducción (Canto, 2006; Larroy, Gutierrez y León, 2004). De las distintas etapas que conforman todo el climaterio, existe una muy importante, la perimenopausia, que como su propio nombre indica, sería la etapa que está alrededor de la menopausia indicándonos la transición hacia ésta.

La perimenopausia es una etapa difícil de encuadrar temporalmente, aunque podría asentarse entre los 45 y los 55 años de edad por término medio, con una duración aproximada de unos 4 o 5 años. Esta etapa tan importante del proceso, ha sido menos estudiada, y es sin embargo, donde se inician los síntomas a todos los niveles, físico, endocrinológico y psíquico. Las mujeres en ésta etapa presentan una gran diversidad de alteraciones como sofocos, irregularidades menstruales manifiestas y alteraciones del estado del ánimo, debido al descenso hormonal de estrógenos y progesterona. Debemos pensar que aunque sea una etapa fisiológica normal para todas las mujeres, no está exenta de riesgo para la salud física y psicológica ni de sufrir síntomas muy molestos (García-Portilla, 2009; Sánchez-Cánovas, 1996; Seifer y Naftolin, 1998).

Todo esto unido a otros factores sociales, como que los hijos sean mayores e independientes, el consiguiente cambio de rol, los cambios físicos evidentes, etc., hacen que una mayoría de mujeres en ésta etapa de sus vidas, acusen y vivencien de una forma negativa, este tipo de alteraciones físicas y emocionales que, en último

término van a mermar su salud física y psicológica.

Existen muchas técnicas de meditación que han demostrado su eficacia en la regulación emocional. Este es el caso de la técnica de *Mindfulness* traducido en castellano como atención plena, y más concretamente, el Programa de Reducción del Estrés basado en mindfulness (MBSR). Este programa ha demostrado sistemáticamente su eficacia en el ámbito de la salud, en distintos tipos de trastornos de ansiedad, depresión, adicciones, dolor crónico, estrés, entre otros muchos. (Kabat Zinn, Wiley, Capuano, Baker, Kimmel y Shapiro, 2005; Jain et al., 2007; Kabat Zinn, 2003). Pero los beneficios de ésta técnica no solo han sido demostrados en población clínica; también existen estudios que han demostrado la eficacia del programa MBSR, en población sana, mejorando distintas respuestas de malestar psicológico como, por ejemplo, preocupación, obsesiones, nerviosismo, irritabilidad, estrés, entre otras (De la Fuente, Franco y Mañas, 2010; Jain et al., 2007; Nyklicek y Kuijpers, 2008; Simón, 2007; Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005).

El *Mindfulness* es un proceso que consiste en observar expresamente cuerpo y mente, en permitir que nuestras experiencias se vayan desplegando de momento en momento y en aceptarlas como son. No implica rechazar las ideas, ni intentar fijarlas, tampoco en intentar suprimirlas, ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención. La atención plena no implica intentar ir a ningún sitio, ni sentir algo especial, sino que entraña el que nos permitamos a nosotros mismos estar donde ya estamos, familiarizados más con nuestras propias experiencias presentes un momento tras otro, *mindfulness* es prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar (Kabat-Zinn, 2003; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006; Simón, 2010). Además de los distintos programas tradicionales de *Mindfulness*, existen otros basados en *Mindfulness* que modificando o abreviando el número de sesiones, han demostrado ser eficaces para el tratamiento de distintas alteraciones psicológicas como la depresión, ansiedad y síntomas de estrés (Luchterhand, Rakel, Zakletskaia y Zgierska, 2013).

Para objetivar la calidad de vida de las mujeres en el climaterio, existen distintas escalas de medida. Sin embargo, se ha decidido utilizar la Escala Cervantes ya que es un instrumento de medida de la calidad de vida validado en España y específico para la perimenopausia y la menopausia. Nuestra elección se debió a las múltiples ventajas con respecto a otros instrumentos de medida parecidos, como por ejemplo, el cuestionario Menopause-especific Qol Questionnaire (MENQOL) (Hilditch et al., 2008), o el Qualifenne Menopausal Symptoms List (MSL) (Freeman, Sammel, Liu y Martin, 2003) entre otros, ambos cuestionarios extranjeros, traducidos al castellano, pero con las limitaciones sociales que ello implica. La Escala Cervantes es sencilla, fácil de aplicar, de corto tiempo de administración y de fácil comprensión para las participantes. Sus 31 ítems valoran la calidad de vida, los síntomas de la perimenopausia y otros aspectos como el estado de ánimo, la relación de pareja y la sexualidad, que se interrelacionan en la esfera física y psicosocial de la mujer y además repercuten en su bienestar general; es además, una escala con alta

fiabilidad, validez y consistencia (Palacios et al., 2004; Sánchez et al., 2015).

El objetivo de éste estudio es mejorar la calidad de vida y la sintomatología psíquica en mujeres perimenopáusicas sanas, a través de la aplicación del Programa de Reducción del Estrés basado en mindfulness (MBSR) modificado.

Método

Participantes

Los criterios de elección de la muestra se han definido por mujeres perimenopáusicas que no padecen ninguna patología y que, en consecuencia, no hacen tratamiento psicológico ni farmacológico alguno. Por tanto, se excluyeron aquellas participantes con patologías y tratamiento, así como aquellas que ya practicaban algún tipo de meditación o cualquier otra técnica o tratamiento. De un total de 100 mujeres, seleccionadas inicialmente, se constituye finalmente una muestra de 80 mujeres perimenopáusicas sanas de entre 45 y 55 años de edad. De estas 80 participantes, formamos aleatoriamente dos grupos de 40 mujeres cada uno, el grupo experimental (Grupo 1) tenía una edad media de 46.7 y una desviación típica (DT) de 4.2, en el grupo control (Grupo 2) la media de edad fue de 46.9 y la desviación típica de 4.9.

Instrumentos

Se utilizó la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia, entre otros motivos por presentar una alta consistencia interna (α de Cronbach = .9092). El ámbito de aplicación de esta escala es la población femenina española de entre 45 y 64 años de edad. Consta de 31 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: Menopausia y salud, con 15 ítems que incluían sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento, sexualidad con 4 ítems, relación de pareja con 3 ítems y el dominio psíquico que engloba la sintomatología psicológica con 9 ítems. La Escala Cervantes se aplica en unos 7 minutos aproximadamente, tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 155, de mejor a peor calidad de vida.

Se utilizó también el equipo con registro gráfico Marquette Hellige Solar 8000, compuesto de varios módulos integrados para la medida de distintas respuestas psicofisiológicas, así como, electrodos desechables MD de 43 milímetros de diámetro, fabricados con cloruro de plata y gel conductor, que presentan una resistencia eléctrica de 200 ohmios, para medir las respuestas psicofisiológicas sensibles al cambio de activación fisiológica (Conde, Menéndez y López, 2000). Concretamente, se midieron la frecuencia cardiaca (FC) en latidos por minuto (lpm), la frecuencia respiratoria (FR) en ciclos por minuto (cpm) y la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), ambas en milímetros de mercurio (mmHg).

Procedimiento

El procedimiento se realizó en dos fases. La fase 1 consistió en un entrenamiento presencial, donde se les explicó a las participantes de ambos grupos las características del climaterio femenino y, especialmente, de la perimenopausia, así como la dinámica de las distintas fases del experimento, entregándoles un cuestionario que permitió llevar un registro de las distintas características biopsicosociales, así como el consentimiento informado.

Una vez que comprendieron todo el proceso, se procedió a administrar a todas las participantes La Escala Cervantes, con el fin de objetivar la calidad de vida de estas mujeres.

Con objeto de determinar objetivamente el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se les registraron de forma continua, durante 10 minutos, la FC, FR, PAS y PAD, al inicio y al final de la primera fase, calculando los valores medios de línea base para cada variable y cada una de las participantes.

A continuación, se procedió con la fase 1 del experimento consistente en la aplicación de los distintos tratamientos. Al grupo experimental (Grupo 1) se les entrenó con el *Programa de Reducción del Estrés basado en Conciencia Plena (MBSR) modificado*, consistente en someter a las participantes a 2 sesiones de 8 horas de duración, una el primer día, y otra a los 15 días. Además, se les dió instrucciones para que practicasen en su casa diariamente, durante 40 minutos entre ambas sesiones experimentales, lo cual formó parte de la fase 2 del experimento.

A las participantes del grupo control (Grupo 2) se les pidió que respirasen normalmente en decúbito supino, durante el mismo número y duración de sesiones que al grupo experimental.

La fase 2 del experimento se realizó en casa, para ello se indicó a las participantes del Grupo 1 que practicasen el programa MBSR modificado en casa cada día durante 40 minutos, volviendo a citarlas a los tres meses con objeto de evaluar los resultados mediante la Escala Cervantes y la toma de medidas psicofisiológicas.

A las participantes del grupo control se les pidió que, en decúbito supino, respirasen normalmente en casa 40 minutos diarios durante los mismos tres meses. Al cabo de dicho tiempo se las citó para constatar los resultados a través de la aplicación de la Escala Cervantes y el registro de medidas psicofisiológicas.

	Grupo 1 (Experimental)	Grupo 2 (Control)
Fase 1	Breve explicación sobre menopausia y perimenopausia	
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al inicio de la 1ª sesión	
	2 sesiones de 8 horas de entrenamiento en MBSR modificado una cada 15 días	Respirar normalmente en decúbito supino durante el mismo número de sesiones
	Practicar en casa 40 minutos diarios MBSR modificado entre ambas sesiones	Respirar normalmente en decúbito supino en casa 40 minutos diarios entre ambas sesiones
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al final de la 2ª sesión	
Fase 2	Practicar en casa 40 minutos diarios MBSR modificado durante 3 meses	Respirar normalmente en decúbito supino en casa 40 minutos diarios durante 3 meses
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida a los 3 meses	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, a los 3 meses	

Fig1. Diseño experimental.

Resultados

Los resultados obtenidos en nuestro estudio tras la aplicación del programa MBSR modificado nos confirman, como esperábamos, una mejoría de la sintomatología psicológica de las participantes en este experimento, así como un incremento importante de la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

El análisis estadístico de esta intervención se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS. La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos calculados para los dos grupos de participantes, experimental y control. Podemos comprobar como al final del tratamiento con MBSR modificado, el Grupo 1 ha experimentado una reducción de la activación psicofisiológica, objetivada por la disminución de los valores medios en FC, FR, PAS y PAD (ver Fig. 2), respecto del Grupo 2, donde podemos afirmar que no se han producido variaciones en los valores de FC, FR, PAS, Y PAD (ver Tabla 1), que nos hagan pensar en una mejoría de la regulación emocional de las participantes en dicho grupo (ver Fig.3).

Con objeto de constatar la significación estadística de éste estudio, hemos analizado nuestros datos mediante un ANOVA de un factor, en el que las distintas variables dependientes (FC, FR, PAS, PAD), han sido estudiadas en tres niveles (días 1, 15 y 90 del tratamiento), de la variable independiente o factor (tratamiento MBSR modificado).

Los resultados nos muestran que existe significación estadística para todas las variables dependientes del Grupo 1 (ver Tabla 2), donde $p < .005$. Obtenemos valores de $F = 3.999$ y $p = .000$, para FC; $F = 47.269$ y $p = .000$, para FR; $F = 23.500$ y $p = .000$, para PAS y $F = 37.694$ y $p = .000$, para PAD; con lo cual, y la vista de los resultados anteriores, podemos concluir que el programa de MBSR modificado aplicado aquí ejerce un efecto positivo en cuanto a la regulación emocional de las

participantes en el experimento.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los grupos experimental y control.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FC 1	1 DÍA	40	76.60	10.18	1.60	73.34	79.85	56.00	100.00
	15 DÍAS	40	71.85	8.21	1.29	69.22	74.47	55.00	95.00
	90 DÍAS	40	62.27	4.08	.64	60.96	63.58	55.00	71.00
	Total	120	70.24	9.86	.90	68.45	72.02	55.00	100.00
FC 2	1 DÍA	40	76.90	7.80	1.23	74.40	79.39	62.00	94.00
	15 DÍAS	40	76.35	7.05	1.11	74.09	78.60	64.00	91.00
	90 DÍAS	40	76,67	6.94	1.09	74.45	78.89	62.00	94.00
	Total	120	76.64	7.21	.65	75.33	77.94	62.00	94.00
FR 1	1 DÍA	40	20.87	3.68	.58	19.69	22.05	12.00	28.00
	15 DÍAS	40	18.45	2.73	.43	17.57	19.32	13.00	25.00
	90 DÍAS	40	14.55	2.18	.34	13.85	15.24	11.00	21.00
	Total	120	17.95	3.91	.35	17.25	18.66	11.00	28.00
FR 2	1 DÍA	40	18.47	3.27	.51	17.42	19.52	12.00	28.00
	15 DÍAS	40	18.52	2.96	.46	17.57	19.47	14.00	27.00
	90 DÍAS	40	18.72	2.79	.44	17.83	19.61	12.00	26.00
	Total	120	18.57	2.99	.27	18.03	19.11	12.00	28.00
PAS 1	1 DÍA	40	133.52	16.20	2.56	128.34	138.70	82.00	170.00
	15 DÍAS	40	127.80	13.00	2.05	123.64	131.95	86.00	141.00
	90 DÍAS	40	113.47	10.62	1.68	110.07	116.87	90.00	145.00
	Total	120	124.93	15.81	1.44	122.07	127.79	82.00	170.00
PAD 1	1 DÍA	40	77.55	10.76	1.70	74.10	80.99	45.00	90.00
	15 DÍAS	40	72.60	10.10	1.59	69.36	75.83	50.00	90.00
	90 DÍAS	40	59.82	6.94	1.09	57.60	62.04	46.00	76.00
	Total	120	69.99	11.97	1.09	67.82	72.15	45.00	90.00
PAS 2	1 DÍA	40	129.22	10.75	1.69	125.78	132.66	92.00	150.00
	15 DÍAS	40	129.47	10.35	1.63	126.16	132.78	100.00	148.00
	90 DÍAS	40	130.50	8.85	1.40	127.66	133.33	110.00	143.00
	Total	120	129.73	9.95	.90	127.93	131.53	92.00	150.00
PAD 2	1 DÍA	40	71.05	9.30	1.47	68.07	74.02	51.00	89.00
	15 DÍAS	40	72.22	8.16	1.29	69.61	74.83	60.00	87.00
	90 DÍAS	40	73.20	6.82	1.07	71.01	75.38	62.00	87.00
	Total	120	72.15	8.14	.74	70.68	73.62	51.00	89.00

Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1

Grupo 2: FC2, FR2, PAS2, PAD2

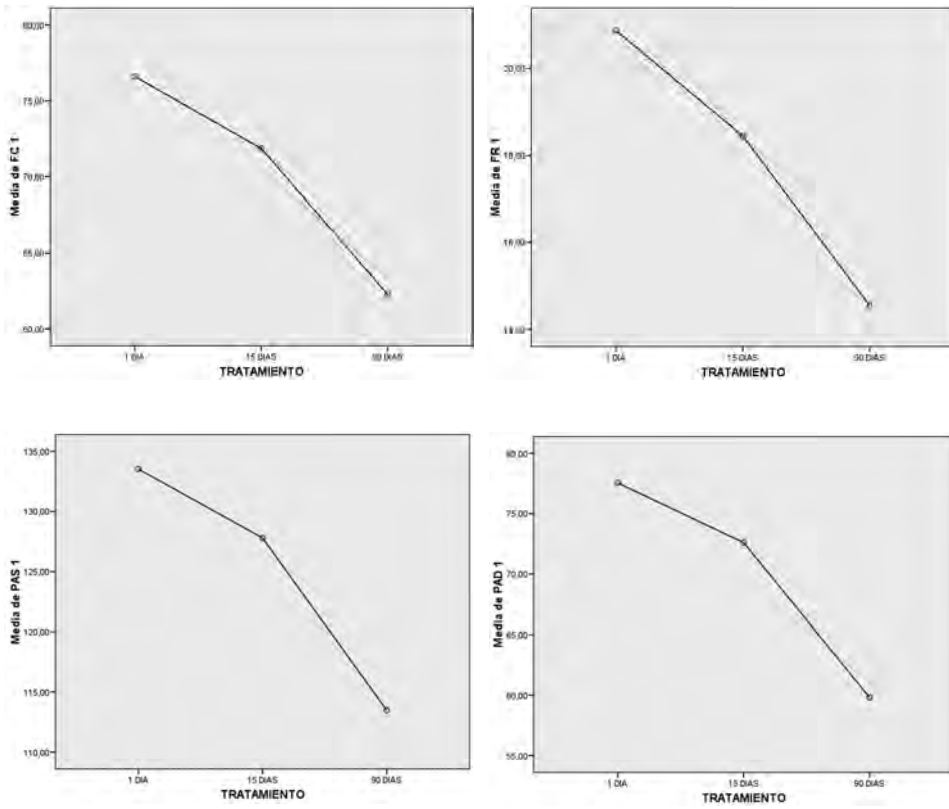


Fig 2. Medias Grupo 1 en FC, FR, PAS, PAD.

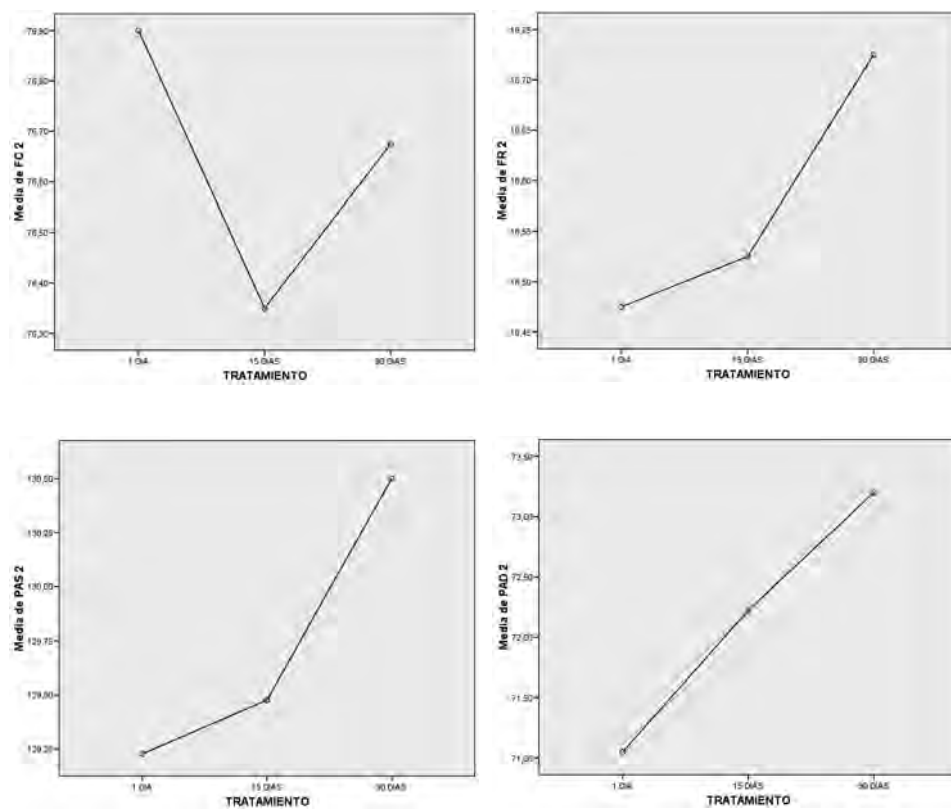


Fig 3. Medias Grupo 2 en FC, FR, PAS, PAD.

Tabla 2. ANOVA.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FC 1	Inter-grupos	4259.31	2	2129.65	33.999	.000
	Intra-grupos	7328.67	117	62.63		
	Total	11587.99	119			
FC 2	Inter-grupos	6.11	2	3.05	.058	.944
	Intra-grupos	6193.47	117	52.93		
	Total	6199.59	119			
FR 1	Inter-grupos	814.61	2	407.30	47.269	.000
	Intra-grupos	1008.17	117	8,61		
	Total	1822.79	119			
FR 2	Inter-grupos	1.40	2	.70	.077	.926
	Intra-grupos	1063.92	117	9.09		
	Total	1065.32	119			
PAS 1	Inter-grupos	8533.11	2	4266.55	23.500	.000
	Intra-grupos	21242.35	117	181.55		
	Total	29775.46	119			
PAD 1	Inter-grupos	6691.71	2	3345.85	37.694	.000
	Intra-grupos	10385.27	117	88.76		
	Total	17076.99	119			
PAS 2	Inter-grupos	36.51	2	18.25	.182	.834
	Intra-grupos	11746.95	117	100.40		
	Total	11783.46	119			
PAD 2	Inter-grupos	92.71	2	46.35	.696	.501
	Intra-grupos	7793.27	117	66.60		
	Total	7885.99	119			
Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1			Grupo 2: FC2, FR2, PAS2, PAD2			

Respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala Cervantes (EC), en la cual hemos estudiado la valoración global de dicha escala y la específica referida a uno de sus dominios, concretamente el dominio psíquico, donde una menor puntuación establece una mejor calidad de vida en la perimenopausia, calculando los valores medios de puntuación, tanto para el Grupo 1 como para el Grupo 2, en la primera y segunda fase de éste estudio. Analizando estos datos podemos observar como las medias para una valoración global de la calidad de vida del grupo control no experimentan variaciones (ver Tabla 3). Sin embargo, en el grupo experimental, sí disminuyen los valores medios estudiados de la Fase 1 a la Fase 2 del experimento, indicándonos un incremento en la calidad de vida de estas mujeres.

En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar la Escala Cervantes de la Menopausia, para el dominio psíquico, podemos constatar, al igual que con la valoración global de la calidad de vida en la perimenopausia de la EC, que las medias del grupo control no experimentan variaciones importantes (ver Tabla 4).

No obstante, en el grupo experimental, sí disminuyen los valores medios estudiados de la Fase 1, a la Fase 2 del experimento, indicándonos en consecuencia una reducción de los síntomas psicológicos, entendido como una disminución de los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad, entre otros.

Para constatar que el tratamiento con MBSR modificado ha sido efectivo, hemos calculado el valor del tamaño del efecto (r), éste es un concepto elaborado por Jacob Cohen que nos indica el grado de relación entre dos variables (Cohen, 1962), calidad de vida y tratamiento aplicado en el caso de la valoración global. Para ello utilizamos el estadístico d de Cohen, valores de 0.2 nos indican un efecto pequeño, un efecto mediano con 0.5 y un efecto grande si el valor es de 0.8 o superior (Cohen, 1988). Tras el cálculo de la d de Cohen hemos obtenido para una $d=2.7947789$ un efecto del tamaño $r=0.8132199$, en cuanto a valoración global de la EC, lo cual nos indica que ha habido un cambio importante en la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas del Grupo 1, después de practicar la técnica de mindfulness diariamente durante tres meses.

Con respecto al tamaño del efecto (r) y la d de Cohen para el dominio psíquico (comparando síntomas psicológicos y tratamiento), los resultados obtenidos muestran una $d=1.6002395$ un efecto del tamaño $r=0.6247521$, estos datos nos permiten afirmar una importante mejoría de los síntomas psíquicos de las mujeres del grupo experimental relacionado con la práctica continuada de mindfulness.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control Escala Cervantes.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
EC 1	1 DÍA	40	72.07	8.39	1.32	69.39	74.75	55.00	95.00
	90 DÍAS	40	40.65	10.85	1.71	37.17	44.12	26.00	76.00
	Total	80	56.36	18.52	2.07	52.24	60.48	26.00	95.00
EC 2	1 DÍA	40	69.37	8.57	1.35	66.63	72.11	55.00	91.00
	90 DÍAS	40	69,22	9.54	1.50	66.17	72.27	56.00	93.00
	Total	80	69.30	9.01	1.00	67.29	71.30	55.00	93.00

Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Tabla 4. Estadísticos descriptivos para el dominio psíquico de los grupos experimental y control Escala Cervantes.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
EC 1	1 DÍA	40	18.35	8.90	1.40	15.50	21.19	2.00	40.00
	90 DÍAS	40	7.65	3.62	.57	6.49	8.80	3.00	18.00
	Total	80	13.00	8.63	.96	11.07	14.92	2.00	40.00
EC 2	1 DÍA	40	18.55	8.70	1.37	15.76	21.33	2.00	39.00
	90 DÍAS	40	18.00	8.19	1.29	15.37	20.62	4.00	35.00
	Total	80	18.27	8.40	.93	16.40	20.14	2.00	39.00

Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Discusión

A la vista de los resultados obtenidos en el apartado anterior, podemos afirmar, que la aplicación de MBSR modificado en la población femenina perimenopáusica de nuestro estudio, es efectivo para la reducción de la actividad emocional, objetivando un aumento en la calidad de vida de estas mujeres al mantener el tratamiento durante 90 días.

La disminución de los valores medios de FC, FR, PAS y PAD, variables muy sensibles a los cambios emocionales, nos indican que la técnica de mindfulness modificado durante tres meses es efectiva para la reducción de la sintomatología psicológica. Hemos podido constatar como dichas variables experimentan una disminución de sus valores a medida que se aumenta la práctica de la meditación mindfulness. Así pues, a lo largo del experimento, solo los datos finales (a los 90 días de la intervención) han arrojado resultados positivos con respecto a una mejoría en la calidad de vida de las participantes en el grupo experimental, lo cual nos indica que la práctica continuada de dicha actividad es un factor indicativo de mejoría sintomatológica y aumento de la calidad de vida en la perimenopausia.

Tras analizar los resultados de la Escala Cervantes en la perimenopausia, los datos comparados entre las fases 1 y 2 del experimento, tanto en cuanto a la valoración global de la calidad de vida, como la específica del dominio psíquico de dicha escala, indican una disminución de los síntomas psicológicos, además, de una mejoría importante de la calidad de vida global de las participantes del Grupo 1 a tenor de los resultados obtenidos en la segunda fase. Sin embargo, en el Grupo 2 no se han producido variaciones en la sintomatología psicológica, ni tampoco, mejoría en la calidad de vida de estas mujeres, al comparar los resultados de ambas fases experimentales.

Por todo lo anterior podemos decir, que la aplicación continuada de MBSR modificado, al menos durante 90 días, evidencia una disminución de la activación emocional, un decremento de los síntomas psicológicos y un incremento significa-

tivo en la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

A la vista de los resultados obtenidos en éste experimento sería muy interesante, realizar nuevas intervenciones en las cuales la muestra de las participantes fuese más amplia y la aplicación de la técnica de MBSR modificado se mantuviese durante más tiempo, con objeto de verificar si persisten, e incluso, se mejoran los resultados aquí obtenidos.

Referencias bibliográficas

- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: a review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145-153.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Nueva York, NY: Routledge Academic.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S. y Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. Part II: a quantitative and qualitative study. *Nursing Practice*, 19(1), 26-35.
- Conde, M., Menéndez, F. J. y López, A. (2000). Estabilización de la actividad electrodermal y ciertos parámetros respiratorios. *Psicothema*, 12(3), 426-434.
- Canto, T. (2006). Los síntomas en la menopausia. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 14(3), 141-148.
- De la Fuente, J., Franco, C. y Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre educación*, 19, 31-52.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Rakel, D., Zakletskaia, L. y Zgierska, A. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life and Compassion in Primary Care Clinicians. A pilot study. *Ann Fam Med*, 11(5), 412-420.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L. y Martin, P. (2003). Psychometric properties of a menopausal symptom list. *Menopause*, 10(3), 258-265.
- García-Portilla, M. P. (2009). Depression and perimenopause: A review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 213-221.
- Glennville, M. (1998). *Menopausia natural: cómo prevenir y aliviar sus molestias sin tratamientos hormonales*. Madrid, España: RBA.
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., Van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G. H., Norton, P. G. y Dunn, E. (2008). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(6), 161-175.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I. y Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21.
- Kabat Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona, España: Kairós.
- Larroy, C., Gutierrez, S. y León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 77-88.
- Legorreta, D. (2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 44-51.
- Li, S., Lanuza, D., Gulanick, M., Penckofer, S. y Holm, K. (1996). Perimenopause: the transition into menopause. *Health Care for Women International*, 17(4), 293-306.
- Malacara, M. (2006). Nomenclatura y clasificación de las etapas de la vida reproductiva de la mujer adulta. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 14(3), 131-132.
- Nyklíček, I. y Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism?. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.

- Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J. J., Parrila, C., Castelo-Branco, C., Manubens, M., Alberich, X., Martí, A. y el Grupo Cervantes (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina clínica*, 122(6), 205-211.
- Sánchez- Cánovas, J. (1996). *Menopausia y salud*. Barcelona, España: Ariel.
- Sánchez, R., García-García, P., Mendoza, N., Soler, B., Álamo, C. y Grupo de estudio Cervantes (2015). Evaluación de la calidad de vida en la mujer menopáusica mediante la escala Cervantes: impacto del tratamiento en la práctica clínica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 177-182.
- Seifer, D. y Naftolin, F. (1998). Moving toward an earlier and better understanding of perimenopause. *Fertility and sterility*, 69(3), 387-388.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S.R. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66(67), 5-30. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Informació Psicològica*, 100, 162-170.