

Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo

Cristina Larroy García y Sonia Gutiérrez Gómez-Calcerrada
Universidad Complutense de Madrid

Para un porcentaje elevado de mujeres, la menopausia se asocia a una importante variedad de síntomas físicos, psicológicos y sociales, susceptibles de ser tratados mediante técnicas cognitivo-conductuales. En el presente trabajo, 28 mujeres siguieron una intervención grupal de ocho sesiones semanales, de dos horas por sesión, que incluía psicoeducación, técnicas de desactivación, técnicas cognitivas, ejercicio y dieta. Los resultados muestran una reducción significativa de síntomas vasomotores, mialgias, ansiedad y depresión y un incremento en la calidad de vida en el grupo tratado, respecto al período de línea base como al grupo control.

Cognitive-behavioral intervention in menopausal symptomatology: Short-term effects. For a high percentage of women, menopause is associated with an important variety of physical, psychological, and social symptoms, susceptible to treatment by means of cognitive-behavioral techniques. In the present work, 28 women followed a group intervention (eight weekly sessions, two hours each, including relaxation, cognitive techniques, exercise, and diet). Results show a significant reduction of most of the associated symptoms (physical and psychological), and an increase in quality of life in the treatment group, compared to baseline and to the control group.

La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación debido al agotamiento de la actividad folicular ovárica, y forma parte del proceso natural de envejecimiento de la mujer. El concepto de menopausia está íntimamente relacionado con el del climaterio (período de la vida del ser humano que termina con el cese de la facultad reproductiva), que incluye tres períodos. El primero es el premenopáusico y comprende de uno a ocho años antes de producirse la menopausia. En este período empiezan a aparecer una serie de cambios graduales en el sistema endocrino, así como manifestaciones clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia. Se diagnostica ésta (segundo período) tras haberse producido un año de amenorrea (falta de menstruación durante el ciclo menstrual). La etapa posmenopáusica comprende un intervalo de 1 a 6 años tras la menopausia y presenta una fase temprana (los primeros 2 años) y una tardía (a partir del segundo año).

La menopausia suele aparecer entre los 45 y los 55 años. En España, la media se sitúa en torno a los 51,4 (SEGO, 2006), siendo considerada precoz cuando aparece antes de los 45. Cada año, en nuestro país, la menopausia sobreviene de forma natural acerca de 270.000 mujeres, lo que implica que alrededor del 20% de la población femenina española se encuentra en período menopáusico.

A pesar de esta elevada incidencia (4.5 millones de españolas), el desconocimiento sobre la menopausia, su sintomatología, cau-

sas y efectos, es aún muy importante; de hecho, el 61% de las mujeres que se encuentran en esta etapa vital desconocen que determinados síntomas, como la osteoporosis, los trastornos vasculares o las alteraciones en el estado de ánimo, son producto de la menopausia (SEGO, 2006).

Y es que la menopausia incluye entre sus síntomas problemas físicos, pero también, y en mayor porcentaje, problemas de índole psicológica. Debe considerarse que la menopausia acontece en un momento determinado de la vida de la mujer en el que confluyen otros cambios vitales importantes, sociales y familiares, que también han de tenerse en cuenta (pérdida de la juventud y del atractivo físico, cuidado de personas mayores, cuidado de nietos, jubilación, problemas sexuales, etc.), pues pueden provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia. Hay que considerar, además, que el término menopausia ha sido utilizado en la sociedad en multitud de ocasiones en forma despectiva o como sinónimo de enfermedad o trastorno, por lo que su aparición puede llegar a convertirse en un suceso verdaderamente estresante para algunas mujeres. Por este motivo, y con el objetivo de prevenir o paliar patologías, y mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres en esta etapa, se aconseja tratar la menopausia desde una perspectiva integral. En cualquier caso, debe quedar claro que la menopausia no es un trastorno en sí mismo, sino una etapa de la vida de la mujer en que, debido al cese de la actividad hormonal, pueden aparecer una serie de alteraciones físicas y psicológicas.

Los síntomas de la menopausia deben diferenciarse en síntomas primarios, incluyendo síntomas vasomotores (sofocos), osteoporosis y atrofia vaginal; y síntomas secundarios, como la fatiga, la depresión, la ansiedad, el insomnio, la irritabilidad, las cefaleas y la ganancia de peso. Estos últimos no parecen estar asociados estrictamente a la menopausia, sino a características premenopáusi-

cas, a los múltiples roles que en esta etapa las mujeres han de asumir, al conjunto de acontecimientos vitales que suceden en este período y a la edad. Todos ellos pueden ser abordados desde una perspectiva cognitivo-conductual; incluso los síntomas vasomotores, los denominados «sofocos», que suelen ser los más molestos o preocupantes, pueden ser tratados eficazmente con una intervención de este tipo (Hunter y Liao, 1996).

La intensidad de la sintomatología parece estar mediada por diferencias culturales (Matthews, 1991). Así, en aquellas culturas donde la mujer madura es considerada importante por su experiencia y se encuentra perfectamente integrada dentro de su estatus social, apenas refiere sintomatología relacionada con la menopausia. Por el contrario, en las sociedades occidentales, donde la belleza y la juventud son excesivamente valoradas, la mujer madura atraviesa el período climatérico con muchas más dificultades y con una sintomatología más intensa. También en aquellas culturas donde la maternidad es fundamental para la mujer, la menopausia se vive de una forma más dramática (Anderson, Yoshizawa, Gollschewski, Atogami y Courtney, 2004; Fu, Anderson y Courtney, 2003; Pelcastre-Villafuerte, Garrido-Latorre y de León-Reyes, 2001).

Aunque la sintomatología de la menopausia puede ser muy variada, existen síntomas que se repiten con frecuencia. Así, entre la sintomatología primaria, hay que destacar las alteraciones vasomotoras, los famosísimos sofocos. Son la manifestación más común y el motivo por el cual las mujeres consultan con más frecuencia a los especialistas clínicos. Los sofocos consisten en una sensación repentina de calor en la cara y el cuello, que va descendiendo a lo largo del cuerpo (brazos, pecho, tronco) y que va seguida de sudoración y frío. Su frecuencia, intensidad y duración pueden ser muy variables, de modo que pueden constituir desde una simple molestia hasta un problema desagradable e importante.

Pero existen otros muchos síntomas asociados a la menopausia que pueden generar un intenso malestar a las mujeres que los sufren. Estos síntomas se recogen en la tabla 1.

Aunque la intervención tradicional en la menopausia es de carácter médico (la terapia hormonal sustitutiva: administración, oral o cutánea de estrógenos solos o combinados con progesterona y andrógenos), la imposibilidad de aplicarla a todas las mujeres que sufren sintomatología, por sus contraindicaciones y por sus efectos secundarios, ha propiciado la búsqueda de nuevos tipos de intervenciones, tanto médicas (como los moduladores selectivos de receptores de estrógenos), como de otra índole, como las psicoló-

gicas. A estas consideraciones se unen dos más: por un lado, se ha demostrado en diferentes trabajos (Hernández, De la Gándara-Martín y Sánchez, 2003; Morrinson, Kallan, Have, Katz, Tweedy y Battistini, 2004) que la THS no es efectiva en la remisión de la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres menopáusicas. En este sentido, la intervención psicológica actuaría como coadyuvante a la terapia hormonal en aquellas mujeres que la necesitaran y presentarían síntomas psicológicos.

Por otro, los programas de intervención enfocados al climaterio deben ofrecer una visión integral de los factores que influyen en la menopausia y, asimismo, contemplar la prevención de trastornos específicos tras ésta, la promoción de la salud, el tratamiento de los problemas de salud específicos de este período y la mejora de la calidad de la vida de las mujeres afectadas.

El abordaje de la menopausia desde la perspectiva cognitivo-conductual es relativamente reciente, por lo que los trabajos son escasos, pero pueden citarse algunos, como los de Hunter y Liao (1996), Sueiro et al. (1999), Camuñas et al. (2001), Larroy (2004), o Larroy, Gutiérrez y León (2003). En estos trabajos se aborda, con diversas técnicas conductuales, la reducción de todos o parte de los síntomas asociados a la menopausia. Así, el trabajo de Hunter y Liao se centra en el control de las alteraciones vasomotoras; el de Camuñas et al. incluye, además, intervención en ansiedad e irritabilidad; y los de Larroy y Larroy et al. abarcan toda la sintomatología menopáusica y la mejora de la calidad de vida de las pacientes. Este último programa, de carácter netamente cognitivo-conductual, se desarrolló en diez sesiones semanales, de dos horas, con un formato grupal. Los buenos resultados obtenidos propiciaron la replicación del estudio, rebajando el número de sesiones a ocho (para lograr una intervención más eficiente).

El objetivo del presente trabajo es constatar si la intervención propuesta consigue reducir la sintomatología menopáusica, respecto al momento previo a la intervención y respecto a un grupo control

Método

Participantes

La muestra se reclutó entre las mujeres que acudían a la Casa de la Mujer de los ayuntamientos de Fuenlabrada, Leganés y Collado-Villalba, de la comunidad autónoma de Madrid.

El grupo de tratamiento estuvo inicialmente formado por 64 mujeres. A lo largo del programa causaron baja 15 mujeres por diferentes causas (incompatibilidad horaria, problemas familiares, etc.). De las 49 mujeres restantes, 28 constituyen el grupo clínico (en función de las puntuaciones obtenidas en el BMI y el HADS). Su media de edad era de 48.86 años y el rango entre los 42 y 56 años (D.T.= 3.61). Éste es el grupo de intervención cuyos datos consideramos en este estudio.

El grupo control estaba compuesto por 25 mujeres, todas ellas cumplían los criterios de inclusión. La media de edad era de 49.88 años y el rango oscilaba entre los 44 y 55 años (D.T.= 2.65).

En la tabla 2 se describen las variables sociodemográficas de la muestra.

Instrumentos

Para evaluar las variables dependientes (sintomatología asociada a la menopausia y calidad de vida) se utilizaron los instrumentos siguientes:

Tabla 1
Sintomatología asociada a la menopausia

Síntomas menopáusicos		
Vegetativos	Metabólicos	Psíquicos
Sofocos	Osteoporosis	Irritabilidad
Sudoración	Ateromatosis	Ansiedad
Palpitaciones	Atrofia cutánea	Depresión
Cefaleas	Atrofia urogenital	Nerviosismo
Vértigo	Artralgias	Insomnio
Opresión precordial	Mialgias	Disminución líbido
Zumbido de oídos	Obesidad	Pérdida de memoria
Hipertensión arterial		Melancolía
		Fatiga mental

Tabla 2
Variables sociodemográficas de la muestra

Variables	Grupo clínico experimental (n= 28)		Grupo control (n= 25)	
	%	\bar{X}	%	\bar{X}
Edad		48,86		49,88
Estado civil				
Casada	89,3		76	
Separada	10,7		24	
Situación laboral				
Activa	10,7		28	
Ama de casa	85,7		72	
Parada	3,6			
Nº de hijos		2,32		2,20
Población de origen/centro impartición del programa				
Concejalía Mujer Leganés	42,9			
Casa de Mujer Fuenlabrada	50			
Concejalía Mujer de Collado-Villalba	7,1			
Leganés			36	
Fuenlabrada			32	
Móstoles			12	
Alcorcón			12	
Collado-Villalba			8	

Índice menopáusico de Kupperman y Blatt (BMI, Kupperman y Blatt, 1953). Este instrumento está constituido por 11 síntomas, evaluados mediante una escala de severidad de 0 a 3, donde 0 indica ausencia del síntoma y 3 intensidad máxima en el mismo. El índice menopáusico se obtiene multiplicando un factor, dado por los autores, por el índice de severidad indicado por las mujeres. A aquellos síntomas más característicos de la menopausia (vasomotores) se les asigna un factor más elevado. El rango de puntuación oscila de 0 a 48. Un índice por debajo de 15 se considera ligero, entre 15 y 20 moderado, entre 20 y 35 de moderado a alto, y por encima de 35 severo.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond y Snaith, 1983). Consta de dos series de siete ítems, correspondientes a las subescalas de ansiedad y depresión. Cada ítem es valorado mediante una escala de cuatro puntos (de 0 a 3). Las puntuaciones mayores de 10 en cada escala se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8 a 10 se interpreta como borderline y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad.

Cuestionario de Valoración de Calidad de Vida en Mujeres de 45 a 64 años (Sánchez- Cánovas, 1999). Consta de 22 ítems, evaluados mediante una escala tipo Lickert de 1 a 5, en función del grado de acuerdo con el ítem. La escala recoge información de contenidos relacionados con el climaterio, ansiedad, depresión, sexualidad, apoyo social y familiar. Se eligió este instrumento por tratarse de un cuestionario de calidad de vida específico para el climaterio.

Procedimiento

Se utilizó un diseño cuasi-experimental con medidas repetidas y grupo control, siendo la variable independiente la intervención y las variables dependientes la sintomatología asociada a la menopausia y la calidad de vida.

Se utilizó la medida pretest como criterio de inclusión en el grupo clínico: obtener una puntuación igual o superior a 8 en las escalas de ansiedad y/o depresión del HADS, y una puntuación igual o superior a 20 en el BMI. Ambos límites en las puntuaciones de estos inventarios indican presencia de sintomatología moderada o elevada. Las mujeres que cumplieran estos criterios se asignaban al grupo clínico, y el resto, al denominado grupo subclínico. Este último también recibió la intervención aunque no fuera objeto de la investigación y no se informe de sus resultados en este trabajo.

Se consideró criterio excluyente el estar o haber estado sometida a una terapia hormonal, dado que podía falsear los resultados del estudio.

Por cuestiones éticas, y por depender de instituciones públicas, se decidió la admisión previa al programa de intervención a todas aquellas mujeres que lo demandaran en los centros en los que se llevara a cabo ésta y que cumplieran los criterios establecidos. El grupo control se formó con mujeres que acudían a las mismas instituciones, pero no al programa. Sin embargo, se comprobó que ambos grupos (experimental y control) eran equiparables en la situación pretratamiento en cuanto a sintomatología relacionada con la menopausia y calidad de vida.

La intervención fue llevada a cabo por las psicólogas alumnas del Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la U.C.M. Por razones externas a la investigación, se realizaron parejas de terapeutas para cada uno de los centros. Al finalizar la investigación se midió la posible interferencia de esta variable en la situación posttratamiento.

Basándose en el procedimiento de Larroy, Gutiérrez y León (2003), se diseñó un taller de ocho sesiones de dos horas de duración, de periodicidad semanal y de carácter grupal y participativo. Cada sesión se dividió en cuatro partes: revisión de las tareas para casa, explicación de los contenidos teóricos relacionados, práctica de las estrategias y asignación de tareas intersesión con prevención de posibles dificultades en la ejecución. En el taller se trabajaron las estrategias siguientes: psicoeducación en menopausia, técnicas de desactivación, ejercicios de Kegel y reeducación sexual; identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales; entrenamiento en solución de problemas y en administración del tiempo.

El taller se desarrolló según se muestra en la tabla 3.

Resultados

Previo al análisis de la eficacia de tratamiento se realizaron distintos análisis de homogeneidad para verificar que no hubiera diferencias entre los grupos en la fase de pretratamiento en las variables dependientes. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre los dos grupos. Asimismo, se constató que la variable terapeuta no interfirió en los resultados del estudio.

Los datos del pretratamiento indican que:

- En el BMI todas las mujeres del grupo experimental mostraban sintomatología física de moderada a alta. La media fue 28.75 (D.T.= 5.75). Los síntomas más prevalentes con esa intensidad fueron los sofocos (78.6%), el nerviosismo (78.6%), la melancolía (78.6%) y las mialgias (71.4%). El grupo control mostró una puntuación media muy similar (28.88, D.T.= 6.63). Los sofocos (92%), la melancolía (68%), el nerviosismo (68%) y las mialgias (56%) fueron los síntomas más intensos en este grupo.

Tabla 3
Resumen de los contenidos del taller

Sesión	Objetivos y contenido de la sesión	Técnicas
1	Iniciar el programa de intervención psicológica en la menopausia. Conocer, motivar e integrar a las participantes en este proceso. Enseñar los temas a desarrollar a lo largo del programa.	Psicoeducación
2	Abordar los pensamientos y sentimientos que despierta el término «menopausia». Explicar el aparato reproductor femenino y la función del ciclo hormonal. Determinar los cambios que se producen durante la menopausia a corto, medio y largo plazo, y a diferentes niveles: fisiológico, físico y psicológico.	Psicoeducación
3	Explicar las distintas técnicas para tratar los cambios a corto plazo, indicando los motivos que los señalan como convenientes. Explicar la relación tensión-ansiedad-malestar	Respiración Relajación
4	Explicar los ejercicios, postura y nutrición, para tratar los cambios a medio y largo plazo.	Entrenamiento en ejercicio y composición de dietas
5	Explicar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la postmenopausia y promover los ejercicios de Kegel para su prevención y tratamiento. Transmitir información sobre las opciones existentes para combatir la sequedad vaginal (escozor, picor y dolor en las relaciones sexuales). Explicación de alternativas al coito.	Ejercicios de Kegel Reeducación sexual
6	Explicar qué son las «creencias irracionales», qué tipos de creencias son las más comunes y mostrar en qué momentos se presentan estas ideas. Transmitir la forma de aprender a identificar los diferentes tipos de ideas irracionales. Controlar pensamientos negativos. Aprender a desmontar y modificar las ideas irracionales por pensamientos racionales. Parada de pensamientos negativos recurrentes.	Reestructuración cognitiva Parada de pensamiento
7	Aprender a identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución, facilitando posibles respuestas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema. Explicar una de las formas para administrar el tiempo, identificando actividades prioritarias, estableciendo objetivos y dividiéndolos en pasos para alcanzarlos.	Solución de problemas Administración del tiempo
8	Evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica. Cerrar el programa.	Resolución de dudas

- b) Se registraron altas frecuencias de sintomatología ansiosa y/o depresiva intensa en ambos grupos. En la escala de ansiedad, el 96.1% del grupo experimental y el 100% del grupo control puntuó por encima del criterio. El 39.3% de las mujeres del grupo experimental y el 24% del grupo control presentaban sintomatología depresiva de moderada a alta.
- c) Respecto a calidad de vida, las mujeres del grupo experimental tenían un conocimiento medio o bajo del climaterio, aunque presentaban una valoración negativa del mismo (82.2%), presentaban sintomatología ansiosa y/o depresiva, percibían poco apoyo social y familiar, y un 57% de ellas informaban de problemas en su sexualidad y con la pareja. El 60% de las mujeres del grupo control tenían un conocimiento medio acerca del proceso climatérico, y el 84% lo valoraba negativamente. La mayoría presentaban sintomatología ansiosa y/o depresiva e informaban de poco apoyo familiar y problemas sexuales y de pareja.

El análisis de los datos pre-postratamiento para el grupo experimental se muestra en la tabla 4. Como puede apreciarse, en este grupo las puntuaciones se redujeron en todas las variables una vez finalizada la intervención, lo que denota una mejoría en la sintomatología, tanto física como psíquica, y en la calidad de vida. Esto no ocurrió en el grupo control.

La significación clínica de la intervención se evaluó en función del porcentaje de mujeres que alcanzaron puntuaciones indicativas de ausencia de trastorno o morbilidad (sobre las puntuaciones obtenidas en el BMI y en el HADS).

Respecto al BMI, el 53.6% de las mujeres del grupo experimental obtuvo en el postratamiento una puntuación inferior a 20 puntos (en el pretratamiento, todas puntuaron por encima de 20). Por el contrario, en el grupo control, ninguna de las mujeres bajó de los 20 puntos en la situación postratamiento.

Analizando la significación clínica de la ansiedad y la depresión en el grupo experimental, se observa un descenso en el porcentaje de mujeres que presentaban ansiedad de intensidad de moderada a alta (del 96.1% inicial al 54% al finalizar el tratamiento). Asimismo, al inicio de la intervención el 39.3% de las mujeres de este grupo presentaban una depresión de moderada a alta y, al finalizar ésta, el porcentaje se redujo al 25%. A su vez, el 100% de las mujeres del grupo control presentaban una ansiedad de moderada a alta al inicio del programa, manteniéndose el mismo porcentaje al finalizar. Respecto a la depresión, en el pretratamiento el 24% de las mujeres puntuaron con intensidad moderada o alta, y en el postratamiento este porcentaje se mantuvo.

El tamaño del efecto conseguido por el programa de intervención en la reducción de la sintomatología se calculó mediante el programa G*Power (Buchner, Erdfelder y Faul, 1997).

Tabla 4
t de Student y anova de medidas repetidas: variables dependientes en grupo experimental

Variables	Grupo clínico experimental		
	Pretto./Postto.(N= 28)		
	t(g)	F(g)	Sig. [†]
<i>HADS</i>			
Ansiedad	6,11(27)		p<0,001
Depresión	3,41(27)		p<0,001
<i>Índice Menopáusico Kupperman y Blatt</i>			
Sofocos*	8,71(27)		p<0,001
Parestesias *		47,25(1)	p<0,001
Insomnio *		2,60(1)	N.S.
Nervios *		4,85(1)	N.S.**
Melancolía *		7,56(1)	N.S.**
Vértigo *		24,42(1)	p<0,001
Fatiga *		6,24(1)	N.S.**
Mialgias *		1,21(1)	N.S.
Cefaleas *		11,82(1)	p<0,004
Palpitaciones *		5,23(1)	N.S.**
Disestesias *		4,81(1)	N.S.**
		0,81(1)	N.S.
<i>Cuestionario de Valoración Calidad de Vida</i>			
Conocimiento menopausia *	3,88(27)		p<0,001
Valoración emocional *		75,76(1)	p<0,001
Ansiedad/Depresión *		3,21(1)	N.S.
Apoyo social *		12,66(1)	p<0,001
Apoyo familiar*		7,03(1)	N.S.**
Sexualidad/Pareja *		4,78(1)	N.S.**
		0,52(1)	N.S.

† Nivel de significación p<0.05
** Significativo sin corrección de Bonferroni
* Aplicada corrección de Bonferroni

Tabla 5
Tamaños del efecto y potencias estadísticas para las variables dependientes

Variables	Grupo clínico experimental	
	Pretto./Postto.(N= 28)	
	T.E.	Potencia
<i>HADS</i>		
Ansiedad	1,17	0,99
Depresión	0,60	0,71
Índice menopáusico Kupperman	1,28	0,99
Cuestionario de Valoración Calidad de Vida	0,63	0,75

En la tabla 5 se refleja la potencia estadística y el tamaño del efecto conseguido por el tratamiento en cada una de las variables dependientes para el grupo experimental. Como puede apreciarse, se obtuvo un tamaño de efecto elevado para el BMI y la ansiedad, y medio para la calidad de vida y la depresión, aunque las potencias estadísticas para todas las variables fueron elevadas.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos permiten confirmar las hipótesis planteadas. Efectivamente, se constata que, en el postratamiento, el grupo tratado experimenta una remisión de la sintomatología asociada a la menopausia con respecto a la línea base. Asimismo, existe una reducción significativa entre los dos momentos de me-

didada en lo que respecta a las variables Ansiedad y Depresión, y una mejora significativa en la variable Calidad de vida (en, al menos, cuatro de sus subescalas). Por el contrario, ninguna de esas diferencias se manifiesta en el grupo control.

Especialmente significativo es el descenso en los síntomas del BMI, especialmente en los sofocos, la melancolía y las mialgias. Cabe destacar que las mujeres de este grupo puntuaron más alto en estos síntomas que en el resto en el pretratamiento. También la ansiedad y la depresión remitieron de forma significativa en la muestra experimental. El hecho de que las mujeres manifestaran no padecer ningún trastorno de tipo psicológico antes del proceso menopáusico, y que sus niveles de ansiedad y depresión se dispararan al comienzo de éste, mejorando de forma significativa tras el tratamiento, denota que estos cuadros pueden ser frecuentes durante la menopausia.

Por su parte, las mujeres del grupo control no reportaron cambios significativos en su sintomatología física y psicológica en el postratamiento.

La calidad de vida también mejoró de manera significativa en el grupo experimental, así como la valoración emocional acerca del climaterio. Este cambio fue gradual y se empezó a producir cuando las mujeres aprendieron a ejecutar las técnicas aprendidas y percibieron cierto control sobre algunos de los síntomas.

A la vista de los resultados, parece que el programa propuesto supone una buena alternativa a la THS, sobre todo en aquellos casos en los que el tratamiento hormonal esté contraindicado. Con respecto a este último, la intervención cognitivo-conductual presenta las siguientes ventajas: carencia de efectos secundarios o indeseables; ahorro del gasto farmacéutico; ausencia de contraindicaciones; alta eficacia en la remisión de la sintomatología; incluye técnicas específicas para la sintomatología psicológica; incluye profilaxis de trastornos que puedan desarrollarse a largo plazo.

Por otro lado, se trata de una sencilla intervención, de fácil aplicación, susceptible de ser utilizado en las diferentes instituciones dedicadas a la mujer.

Es deseable que una intervención, además de ser eficaz, sea efectiva y eficiente. Es decir, que se produzcan los efectos esperados en condiciones controladas y en la práctica cotidiana, suponiendo un coste mínimo y un resultado máximo (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

La intervención presentada en este artículo se ha mostrado eficaz, puesto que ha cumplido el objetivo de la remisión de la sintomatología asociada a la menopausia y mejora de la calidad de vida en las mujeres climatéricas. Se ha realizado en un ambiente vinculado con la práctica habitual y con recursos muy reales, por lo que también ha sido efectivo. Y, por último, ha supuesto un coste mínimo, tanto para las mujeres como para las instituciones colaboradoras (en comparación con otras opciones terapéuticas, como las farmacológicas). Por último, al realizarse de manera grupal, ha permitido que se aplicara a mayor número de mujeres en un tiempo relativamente corto.

En este estudio se ha minimizado el problema del tamaño de la muestra, ya que se ha contado con un número de participantes relativamente amplio (28 mujeres en el grupo tratamiento, y con 25 mujeres en el grupo control), sobre todo si se compara con trabajos similares, como los de Camuñas et al. (2001) y Sueiro et al. (1999), que trabajaron con muestras de 10 y 8 mujeres, respectivamente.

La posibilidad de contar con un grupo control ha sido otra ventaja del trabajo (no contemplada en otros estudios) y ha permitido establecer que las mejoras obtenidas con la intervención no se debían únicamente al paso del tiempo.

Algo parecido ocurrió con los terapeutas de programa; por razones ajenas a la investigación no se pudo aplicar la constancia o el balanceo como método para controlar esta variable. No obstante, se comprobó que este factor no interfirió en los resultados del tratamiento. Por el contrario, los resultados indican que este protocolo se aplica con éxito por distintos terapeutas.

Un punto relevante de este trabajo se refiere a la intervención en las variables psicológicas asociadas a la menopausia: ansiedad y depresión. Las elevadas puntuaciones alcanzadas en los ítems del nerviosismo y la melancolía del BMI en el pretratamiento son congruentes con los datos obtenidos en ambas escalas del HADS. Estos datos indican que la sintomatología psicológica es muy importante en el proceso menopáusico. Por este motivo, las intervenciones deben contemplar estrategias para paliar tanto síntomas fisiológicos como psicológicos. El hecho de que coexistan ambos en el proceso menopáusico hace sospechar un «círculo vicioso». Así, la sintomatología física exagera la aparición de la sintomatología psicológica (por ejemplo, la repetición continuada de sofocos provoca malestar o ansiedad en la mujer y fatiga, por el insomnio asociado, llegando a limitar su vida cotidiana, lo que puede provocar disforia y depresión); y a la inversa, los síntomas psicológicos precipitan los síntomas físicos (situaciones que generen estrés o ansiedad en la mujer predisponen la aparición de sofocos y de insomnio).

Cabe destacar el gran desconocimiento acerca del proceso menopáusico reportado por las mujeres de la muestra al inicio de la intervención. La mayor parte de ellas tenía un conocimiento medio o bajo de la menopausia, aunque, también de forma mayoritaria, valoraban este proceso como algo negativo. Es relevante que, aun desconociendo cuáles eran las posibles consecuencias de este nuevo acontecimiento en sus vidas, juzgaran que este cambio iba a ser altamente perjudicial para ellas. Es muy probable que la falta de información, o la información confusa, los estereotipos o prejuicios en torno al proceso menopáusico, fueran los responsables de esta valoración, que se ha corregido tras la intervención. En este sentido, la información ha sido fundamental como punto de partida en la intervención, pues sirvió para aclarar todo tipo de dudas existentes acerca del proceso.

Los tratamientos durante esta etapa, además de aliviar la sintomatología, deben fomentar una mejora en la calidad de vida de las mujeres. Ésta puede verse muy afectada, por lo que es importante trabajar este constructo (Galán, Pérez, Martín y Bordás, 2008). La mayor parte de las mujeres referían poco apoyo familiar y social, así como problemas sexuales y de pareja. Tras la intervención, las mujeres del grupo experimental referían una mejoría en el apoyo social, familiar y en sus relaciones sexuales y de pareja. Por el contrario, las participantes del grupo control no reportaron ningún cambio en su calidad de vida en el postratamiento.

Ha quedado demostrado que la intervención es eficaz en la remisión de sintomatología menopáusica. Pero, ¿por qué un tratamiento psicológico es capaz de mejorar, e incluso remitir, síntomas físicos relacionados con la menopausia?; ¿cuáles han sido los factores responsables de esta remisión?

Es muy probable que las repuestas a estas interrogantes sean similares a las ofrecidas por otros autores, como Camuñas et al. (2001). Algunos de los síntomas o cambios que tienen lugar en el proceso climatérico pueden estar mediados por procesos psicológicos. Como se comentó anteriormente, la ansiedad exagera la frecuencia y la intensidad de algunos síntomas como sofocos o mialgias. Minimizando los niveles de ansiedad es muy probable lograr una remisión en estos síntomas. Este programa presenta varios componentes destinados a disminuir los niveles de ansiedad: psicoeducación, técnicas de relajación, respiración, entrenamiento en solución de problemas y de administración del tiempo.

Parece, pues, que educando y aportando estrategias de intervención adecuadas ante la sintomatología del proceso menopáusico se conseguirá que la mujer afronte su menopausia de una manera más saludable.

Por último, hay que señalar que la aplicación de programas de este tipo podría producir un interesante ahorro en el gasto farmacéutico. Asimismo, puede suponer un nuevo campo de trabajo en la psicología clínica, desde el punto de vista de la investigación y la práctica, fomentando el interés acerca de este tema y animando a que proliferen más estudios acerca del climaterio desde la perspectiva de la psicología clínica.

Referencias

- Anderson, D., Yoshizawa, T., Gollschewski, S., Atogami, F., y Courtney, M. (2004). Relationship between menopausal symptoms and menopausal status in Australian and Japanese women. *Nursing and Health Sciences*, 6(3), 173-180.
- Camuñas, N., García, E., Vivas, F., Morales, C., Aranda, D., y Cano, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psicología.com*, 5(3).
- Fu, S., Anderson, D., y Courtney, M. (2003). Cross-cultural menopausal experience. Comparison of Australian and Taiwanese women. *Nursing and Health Sciences*, 5(1), 77-84.
- Galán, A., Pérez, A., Martín, A., y Bordás, M. (2008). Calidad de vida de los trasplantados en relación a otras situaciones médicas estresantes vividas por los enfermos pulmonares. *Psicothema*, 20(2), 266-272.
- Hernández, J., De la Gándara-Martín, J., y Sánchez, M.A. (2003). Utilidad de la terapia hormonal sustitutiva en los trastornos depresivos durante la menopausia. Estado de cuestión. *Anuales de Psiquiatría*, 19(4), 172-178.
- Hunter, M.S., y Liao, K.L.M. (1996). Evaluation of a four session cognitive-behavioural intervention for menopausal hot flashes. *British Journal of Health Psychology*, 1, 113-125.
- Kupperman, H.S., y Blatt M.H. (1953). Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by menopausal and amenorrheal indices. *Journal of Clinical Endocrinology*, 13(28), 688-703.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson- Psicología.
- Larroy, C. (2004). *Trastornos específicos de la mujer*. Madrid: Síntesis.
- Larroy, C., Gutiérrez, S., y León, L. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana. Psicología de la Salud de la Mujer*, 22, 77-88.
- Matthews, K.A. (1991). Myths and realities of the menopause. Annual meeting of the American Psychosomatic Society. Santa Fe, Nuevo México. *Psychosomatic Medicine*, 54(1), 1-9.
- Morrison, M.F., Kallan, M.J., Have, T.T., Katz, I., Tweedy, K., y Battistini, M. (2004). Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women. A randomized, controlled trial. *Biological Psychiatry*, 55(4), 406-412.
- Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, M.C., y de León-Reyes, V. (2001). Menopausia. representaciones sociales y prácticas. *Salud pública de México*, 43(5), 408-414.

Sánchez- Cánovas, J. (1999). *Cuestionario de valoración de la calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2006). *La menopausia en España. Calidad de vida y tratamientos*. Madrid: EPES.

Sueiro, E., Carulleira, M.M., Perdiz, C., Rodríguez, J.A., y González, A. (1999). Promoción de la salud. Intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio. Una experiencia práctica. *Psicología Conductual*, 7(1), 155-167.