



INTERVENCIÓN GRUPAL PARA LA MEJORA DE LA RESPUESTA SEXUAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES EN CLIMATERIO: UN ESTUDIO PILOTO

MARTA PERANDONES Y CRISTINA LARROY

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España

Resumen: El climaterio es una etapa vital en la que aparecen diversos cambios en el aparato genital femenino (como la falta de lubricación o sequedad vaginal y la atrofia genital) que pueden ocasionar molestias y dificultades en las relaciones sexuales de las mujeres, y deteriorar su vida sexual y la calidad de vida en pareja. Este trabajo muestra los resultados de un programa grupal de intervención cognitivo conductual para la mejora de la respuesta sexual y la calidad de vida en pareja en un grupo de mujeres climatéricas. Las mujeres del grupo experimental mejoraron su respuesta sexual tras la intervención (aumento excitación, lubricación y respuesta sexual global) y en el seguimiento (aumento del deseo, excitación, lubricación, satisfacción y respuesta sexual global y disminución del dolor). También mejoraba su calidad de vida en pareja y su calidad vida general. Estos cambios se comparan respecto al periodo de línea base y respecto al grupo control.

Palabras clave: Intervención cognitivo conductual; climaterio; respuesta sexual, calidad de vida, pareja.

*Group intervention for improving sexual response and quality of life for climacteric women:
A pilot study*

Abstract: The climacteric is a stage when different changes in the female genitourinary system (such as a lack of lubrication or vaginal dryness, or genital atrophy) appear. These changes may cause inconvenience and difficulties in sexual relationships of women, and as a result, deteriorate their sexual life and the quality of life as a couple. The present work shows the results of a group cognitive behavioural intervention program for the improvement of sexual response and quality of life in the couple in a sample of climacteric women. Women in the experimental group improved their sexual response after the intervention (increased arousal, lubrication and overall sexual response) as in follow-up (increase of desire, arousal, lubrication, satisfaction and overall sexual response and decrease of pain). They also improved their quality of life in the couple and their quality of life in general. These changes are compared to a baseline period and to the control group.

Keywords: Cognitive behavioural intervention; climacteric; sexual response; quality of life, couple.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es una fase vital que presentan todas las mujeres, aunque con grandes diferencias individuales de una mujer a otra: en algunos casos las mujeres que pasan por esta etapa

no presentan dificultades; en otros, ven empeorada su calidad de vida por diversos factores biopsicosociales. Entre la sintomatología más frecuentemente asociada al climaterio y a la menopausia se pueden encontrar síntomas físicos, como alteraciones vasomotoras (p.ej., sofocos), alteraciones genitourinarias, alteraciones en la piel, ganancia de peso, osteoporosis, etc., y síntomas psicológicos, como ansiedad, tristeza, pérdida de libido, irritabilidad o insomnio (Larroy, 2004). Sin embargo, es difícil distinguir los efectos derivados de la edad de los

Recibido: 16 noviembre 2010; aceptado 23 abril 2011

Correspondencia: Cristina Larroy, Departamento de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 28023 Madrid, España. Correo-e: clarroy@psi.ucm.es

debidos específicamente al climaterio. Únicamente existe evidencia de que la disminución de estrógenos provoca síntomas vasomotores, atrofia urogenital y pérdida de masa ósea. El resto de síntomas podrían no ser específicos del climaterio, sino ser consecuencia de factores fisiológicos, psicológicos y/o socioculturales (como la sobrecarga derivada del cuidado de personas mayores, la sensación de pérdida de la juventud, el aumento de peso, etc.), relacionados con una etapa vital específica. Las actitudes, creencias y expectativas negativas relacionadas con la menopausia podrían condicionar la percepción de estos síntomas físicos y psíquicos e incrementar la gravedad de los mismos (Delgado, Sánchez, Galindo, Pérez y Duque, 2001; Larroy y Gutiérrez, 2009; Gutiérrez y Larroy, 2009).

Con la desaparición de la menstruación el aparato genital femenino experimenta algunos cambios. Debido a la disminución de hormonas femeninas, el número de células que forman la mucosa vaginal disminuye, la capa muscular es reemplazada paulatinamente por tejido fibroso (por lo que se estrecha, se acorta y pierde elasticidad) y se pierde la secreción vaginal que, durante el coito, favorece la penetración. Por otra parte, al disminuir las terminaciones nerviosas en los genitales, se produce una pérdida de sensibilidad. Todo ello puede contribuir a que la mujer tarde más tiempo en llegar al clímax y a que la intensidad de los orgasmos disminuya y, por tanto, a que la mujer presente dificultad en tener relaciones sexuales satisfactorias. A pesar de todos estos cambios, la capacidad de disfrute de la mujer no tiene por qué alterarse, ya que ésta depende, fundamentalmente, de factores psicológicos. Sin embargo, si la sequedad vaginal o la falta de lubricación es interpretada como falta de deseo sexual hacia su pareja, pronto aparecerán sentimientos negativos como la culpa, sentimientos de fracaso, etc. que pueden repercutir en el propio deseo y disminuir la autoestima de la mujer, provocar o aumentar los síntomas depresivos y generar problemas de pareja (Salas, 1994).

Por tanto, los cambios en la respuesta sexual femenina que suelen aparecer en esta etapa, pueden empeorar la vida sexual y de pareja de la mujer climatérica y, a su vez, disminuir su

calidad de vida en general. Estos cambios pueden estar incrementados por el resto de la sintomatología menopáusica, así como por las creencias y expectativas negativas a las que esta etapa vital suele ir asociada.

Tradicionalmente el tratamiento de la menopausia ha sido fundamentalmente médico, de carácter hormonal (la terapia hormonal sustitutiva; THS). Sin embargo, las múltiples contraindicaciones de este tipo de intervención, y sus numerosos y graves efectos secundarios, han fomentado la búsqueda de otros tipos de tratamiento.

La terapia psicológica se presenta como una alternativa eficaz para reducir la sintomatología menopáusica. Los programas cognitivo-conductuales de intervención en el climaterio son todavía escasos y muy recientes. Existen intervenciones globales que tratan de prevenir y/o paliar los desajustes generales que aparecen en este periodo (Gutiérrez y Larroy, 2009; Larroy y Gutiérrez, 2009; Larroy y Gutiérrez, 2011; Larroy, Gutiérrez y León, 2004; Monge, 2005) o programas cuyo objetivo de tratamiento es reducir síntomas específicos, como los trastornos vasomotores, los famosos «sofocos» (Camuñas, et al., 2001; Hunter, Coventry, Hamed, Fentiman y Grunfeld, 2009; Hunter y Liao, 1996; Keefer y Blanchard, 2005; Sueiro, Carbulleira, Perdiz, Rodríguez y González, 1999).

En lo referente a la sexualidad y la pareja de la mujer climatérica, los programas revisados (generalmente de tipo global) trabajan con los mitos y creencias erróneas acerca de la menopausia, entrenan el fortalecimiento del suelo pélvico y proporcionan estrategias para reducir la sequedad vaginal, pero no van más allá. Sólo el estudio de Monge (2005) profundiza en los problemas sexuales y de pareja y entrena a las mujeres en técnicas específicas para la mejora y/o prevención en esta área, pero no ofrece resultados de su intervención.

Sin embargo, la sexualidad y la pareja son elementos importantes en la calidad de la vida de las personas y, también, como es lógico, en la de las mujeres en etapa climatérica. Por tanto, una intervención dirigida a mejorar este área contribuirá a la mejora de su calidad de vida y a la mejor experiencia de la menopausia.

El programa que aquí se plantea propone una intervención grupal dirigida a la mejora de los aspectos sexuales y de pareja en mujeres climatéricas. Secundariamente, se aborda la reducción de otros síntomas menopáusicos. Con el trabajo se pretende mejorar la respuesta sexual de estas mujeres, mejorar su calidad de vida en pareja y aportar evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a esta población.

MÉTODO

Participantes

Para el reclutamiento de las participantes se contactó con centros dependientes del Ayuntamiento de Arenas de San Pedro (Ávila): Casa de la Mujer, Centro de Salud, Centro de Salud Mental y Asociación de Amas de Casa, a los que acudían mujeres que se encontraban en etapa de climaterio. Además, se pusieron carteles informativos con un teléfono de contacto para las personas interesadas. El programa grupal, en formato taller, se llevó a cabo en las dependencias de la Fundación Marcelo Gómez Matías.

De las 42 mujeres evaluadas en un principio, fueron seleccionadas 36 para los posteriores análisis. Se descartaron a 6 de ellas al disponer sólo de datos del pre-tratamiento (y no de post-tratamiento y seguimiento). Por tanto, el grupo de investigación estuvo constituido finalmente por 36 mujeres, que fueron asignadas al grupo experimental (18) y al grupo control (18) en función de su disponibilidad horaria para acudir al tratamiento. En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas de ambos grupos (experimental y control).

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la evaluación pretratamiento fueron los que se relacionan a continuación:

Entrevista semiestructurada: elaborada ad hoc para evaluar los criterios de inclusión y

Tabla 1. Características sociodemográficas

	Grupo experimental (n = 18)	Grupo de control (n = 18)
<i>Edad</i>		
Media (DT)	51,8 (3,1)	50,3 (3,9)
Rango	45-57	45-60
<i>Estado civil (%)</i>		
Soltera	5,6	0,0
Casada - pareja de hecho	61,1	61,1
Viuda	0,0	16,7
Divorciada o Separada	33,3	22,2
<i>Nivel económico (%)</i>		
Bajo	16,7	11,1
Medio	83,3	88,9
Alto	0,0	0,0
<i>Nivel de estudios (%)</i>		
Primarios	27,8	5,9
Secundarios primer grado	11,1	41,2
Secundarios segundo grado	27,8	41,2
Universitarios	33,3	11,8
<i>Situación laboral (%)</i>		
Ocupado	72,2	50,0
No ocupado	27,8	50,0
<i>Ocupados (%)</i>		
Trabajo por cuenta propia	22,2	18,8
Trabajo por cuenta ajena	33,3	12,5
Funcionario	16,7	12,5
<i>No ocupados (%)</i>		
Parado	11,8	22,2
Trabaja en tareas del hogar exclusivamente	11,8	27,8
No vive solo (%)	77,8	83,3
Vive en pareja (%)	66,7	66,1
Vive con hijos (%)	50,0	61,1

exclusión de las participantes en la muestra y las posibles variables contaminantes.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS; Zigmond y Snaith, 1983; versión española de Caro e Ibáñez, 1992): cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad y otra de depresión. Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad

física. Los ítems de subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 0 – 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas: 0-7 Normal; 8-10 Dudoso; ≥ 11 Problema clínico. Se ha optado por esta escala por su sencillez, su número reducido de ítems y por estar traducida al español con criterios de fiabilidad y validez. La depresión se ha relacionado repetidamente (Larroy y Gutiérrez, 2009; Martín et al., 2010) con la calidad de vida y con la aparición de la menopausia, por lo que se debe tratar de reducir.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS; Escala de Autoestima de Rosenberg, 1979): autoinforme que proporciona una medida global y unidimensional de la autoestima. La escala consta de 10 ítems y ha sido traducida y validada en castellano. Cada ítem puede ser puntuado en una escala tipo Likert de 4 puntos (rango 1-4) pudiendo obtener una puntuación total máxima de 40. Una puntuación igual o mayor a 30 puntos es indicativa de ausencia de problemas de autoestima. La escala presenta una fiabilidad test-retest aceptable (0,77) y una consistencia interna elevada (0,89) (Mora y Raich, 2005).

Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt (BMI; Recogido de Magnani et al., 1999): es uno de los instrumentos más utilizados para la recogida de información de la sintomatología menopáusica. Consta de una lista de doce síntomas físicos y psicológicos que son valorados en una escala de 4 puntos según la intensidad del síntoma. Este valor se multiplica por un factor (que varía de 1 a 4 en función de la frecuencia de aparición del síntoma), lo que permite obtener un índice total de gravedad del problema (Índice de Kupperman) que puede oscilar de 0 (ninguna sintomatología) a 48 (sintomatología muy intensa).

Escala de Bienestar Psicológico (EBP; Sánchez Cánovas, 1998). Escala autoaplicable, con

criterios adecuados de fiabilidad y validez, que evalúa el grado en que el sujeto percibe su propia satisfacción en un período de su vida. Está dividida en cuatro subescalas: Bienestar Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Bienestar en su Relación de Pareja. Permite obtener, además de las puntuaciones parciales, una combinada que puede ser interpretada como un índice general de bienestar psicológico y una escala ponderada que se obtiene a partir de los ítems con mayor poder discriminativo. En este estudio se aplicaron sólo las escalas de Bienestar Subjetivo y Bienestar en la Relación de Pareja, ya que eran las medidas más relevantes para la investigación. Se eligió esta escala por disponer de baremos correspondientes a un rango de edad de 45 a 64 años.

Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI; Rosen et al., 2000). Cuestionario autoadministrado, breve, sencillo y que proporciona información multidimensional de la respuesta sexual femenina. Consta de 19 preguntas con 6 posibles respuestas. La mujer deberá de elegir la situación que mejor la describa durante las últimas 4 semanas. Este instrumento presenta una adecuada fiabilidad y capacidad para discriminar población clínica y normal (aunque no está adaptado ni validado en nuestro país) por lo que puede ser utilizado como instrumento de *screening*. Carece de puntos de corte. Su interpretación es que una mayor puntuación indica un mejor ajuste sexual en una determinada fase o en la respuesta sexual global. La puntuación total oscila entre 4 y 95 puntos. Las subescalas son las siguientes: el dominio Deseo (de 2 a 10 puntos), el dominio Excitación (de 0 a 20), el dominio Lubricación de (0 a 20), el dominio Orgasmo (de 0 a 15), el dominio Satisfacción (de 2 a 15) y el dominio Dolor de (0 a 15).

Procedimiento

Se utilizó un diseño cuasi-experimental de dos grupos independientes (grupo experimental y grupo control) con medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimiento a un mes). Se trata de un diseño cuasi-experimental ya que los grupos no fueron formados de manera aleatoria (los sujetos no fueron asignados

al azar a las distintas condiciones experimentales, sino en función de su posibilidad de acudir a la intervención, por disponibilidad horaria.

La variable independiente fue la intervención. Las variables dependientes fueron las siguientes: (a) desajuste personal (especialmente en el área sexual) y/o de pareja, (b) sintomatología menopáusica, (c) autoestima, (d) ansiedad, (e) depresión y (f) calidad de vida.

Fueron admitidas como sujetos a todas aquellas mujeres climáticas que deseaban y podían participar en el estudio. Por otra parte, se excluyeron como sujetos a todas aquellas mujeres que se encontraban medicadas con THS.

El programa de intervención es una adaptación del propuesto por Larroy y Gutiérrez (2009), que ha demostrado ser eficaz en la reducción de la sintomatología menopáusica (Gutiérrez y Larroy, 2009; Larroy y Gutiérrez, 2009, 2011).

El programa aquí presentado constó de 7 sesiones semanales de 120 minutos cada una. Tuvo una duración aproximada de 14 horas. Fue impartido en formato taller, lo que fomentaba la participación de las mujeres. Las sesiones estaban estructuradas en un mismo formato y fueron llevadas a cabo por un solo terapeuta, previamente formado y entrenado, y en un solo lugar de aplicación (la Fundación Marcelo Gómez Matías de Arenas de San Pedro, Ávila). Cada una de las sesiones constaba de una parte teórica, en la que se exponían contenidos teóricos-informativos (sobre climaterio, sexualidad, nutrición, etc.) y una parte práctica, en la que se enseñaban diversas técnicas psicológicas específicas. Al final de las sesiones se estipulaban las tareas para casa y se entregaba a las participantes un resumen de los contenidos expuestos en el taller. La intervención se centraba especialmente en aspectos relacionados con la sexualidad y con la calidad de vida en pareja (ver Tabla 2). Además de proporcionar información y estrategias para la instauración de hábitos saludables relacionados con la nutrición, el ejercicio y el sueño, el programa se centra en la mejora de la respuesta sexual y de la calidad de vida en pareja. Para ello, se aplicaron las técnicas de focalización sensorial y fantasías sexuales, se establecieron estrategias para mejorar la lubricación vaginal y para fortalecer el suelo

Tabla 2. Resumen del contenido de las sesiones

SESIÓN 1 120 minutos	Presentación terapeuta, participantes y programa. Evaluación Pretratamiento. Psicoeducación Menopausia.
SESIÓN 2 120 minutos	Psicoeducación e implementación de hábitos saludables: Nutrición, Ejercicio y Sueño.
SESIÓN 3 120 minutos	Psicoeducación sobre sexualidad. Desarrollo fases de la respuesta sexual: Aumento del deseo-excitación (clave erótica y disminución emociones negativas incompatibles): • Respiración diafragmática.
SESIÓN 4 120 minutos	Desarrollo fases de la respuesta sexual: Aumento del deseo-excitación (clave erótica y disminución emociones negativas incompatibles): • Fantasías. • Autoinstrucciones. Orgasmo y dolor en las relaciones sexuales: • Ejercicios Kegel. • Consejos generales.
SESIÓN 5 120 minutos	Mejora de la relación de pareja: • Psicoeducación pareja. • Aumento intercambio positivo y disminución del negativo.
SESIÓN 6 120 minutos	Mejora de la relación de pareja: • Pautas generales comunicación. • Pedir y rechazar relaciones sexuales • Entrenamiento en solución de problemas.
SESIÓN 7 120 minutos	Repaso de los contenidos. Evaluación Postratamiento. Despedida.

pélvico (ejercicios de Kegel), se trabajaron los sentimientos negativos, mitos y creencias erróneas acerca de la sexualidad en mujeres mayores, y se enseñaron técnicas de solución de problemas, de mejora de la relación de pareja (como la de «Sorprende a tu pareja con algo agradable») y de habilidades sociales específicas (como las de pedir y rechazar relaciones sexuales).

Tras la aplicación del programa, a las mujeres que formaban el grupo experimental se les administró las mismas pruebas que en el pretratamiento, y también un *cuestionario de va-*

loración del programa (entre 0 y 10), elaborado ad hoc, en el que se les preguntaba de forma anónima sobre la efectividad o la utilidad clínica del mismo: la satisfacción con la información y el material proporcionado, con el terapeuta y con el taller en general. Además, se les pidió su opinión acerca de qué parte del programa les había parecido más interesante, más útil y si cambiarían algo del mismo. Se estableció un periodo de seguimiento de un mes, tras el cual se volvió a administrar las mismas pruebas que en el pretratamiento. Las mujeres del grupo control cumplieron los instrumentos de evaluación en el postratamiento y el seguimiento.

RESULTADOS

Previo al análisis de la eficacia de la intervención, se comprobó si existía homogeneidad entre ambos grupos en las variables dependientes, dado que ello podría contaminar los resultados. Se utilizaron pruebas de χ^2 en el caso de variables cualitativas y la prueba *U* de Mann-Witney para las cuantitativas. Los resultados indican que los dos grupos son homogéneos excepto en la variable Calidad de Vida en Pareja, en la que el grupo control obtiene mejores puntuaciones que el grupo experimental, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Para el análisis de la eficacia del programa de intervención se utilizó la prueba de Wilcoxon de medidas repetidas. Los resultados (Tabla 3) indican que, tras la intervención, se producen cambios significativos en las variables depresión, respuesta sexual, y calidad de vida. Se observa un descenso en la sintomatología depresiva; una mejora de la respuesta sexual (en la puntuación total, y en las de excitación y lubricación); y una mejora en la calidad de vida percibida (tanto en la puntuación total como en la de Calidad de vida pareja). Por el contrario, no se observan cambios significativos en autoestima, ansiedad, sintomatología menopáusica y en otras fases de la respuesta sexual (deseo, capacidad de alcanzar el orgasmo, satisfacción con las relaciones sexuales y dolor).

Los datos obtenidos en el seguimiento (Tabla 3) indican que se produce un incremento de

la autoestima, una mejora en la respuesta sexual general (manteniéndose la mejoría en las fases de excitación y lubricación pero incrementándose el deseo y los niveles de satisfacción con las relaciones sexuales; y disminuyendo el dolor), un incremento en la calidad de vida percibida tanto general como en pareja y una disminución de los síntomas climatéricos.

Para analizar los resultados del grupo experimental en comparación con el grupo control, se utilizó la *U* de Mann-Witney para medidas independientes. Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en la mayoría de las variables. Sólo aparecen diferencias significativas en las medidas de autoestima en postratamiento y en las medidas de deseo en el seguimiento (Tabla 4).

Como puede observarse en la Tabla 5, se incrementa progresivamente el porcentaje de participantes sin sintomatología a nivel clínico en todos los síntomas considerados en el estudio. En alguno de estos síntomas, el porcentaje de sujetos sin sintomatología clínica llega a ser del 100% en el postratamiento y en el seguimiento. Los puntos de corte para determinar la sintomatología a nivel clínico se han fijado, de acuerdo con lo establecido en estudios previos como los de Larroy y Gutiérrez (2009, 2011), en los siguientes: (a) RSS (puntuación ≥ 30); (b) HADS-ansiedad (puntuación ≤ 8); (c) HADS-depresión (puntuación ≤ 8); y (d) Kupperman (puntuación ≤ 20). Por último, los puntos de corte del FSFI y del EBP se establecieron dividiendo por dos la puntuación total (en el EBP, también se estableció como punto de corte el percentil 50 en las puntuaciones típicas). De los resultados se desprende que la intervención es eficaz a nivel clínico, ya que, tras la realización del programa de intervención, disminuyen los sujetos del grupo experimental que presentan sintomatología a nivel clínico, tanto en el postratamiento como en el seguimiento (no así los del grupo control).

Se analizó el tamaño del efecto alcanzado en el grupo experimental, utilizando para ello la prueba de *G* Power* (Faul, Erdfelder, Lang, y Buchner, 2007), aplicada a la medida de pretratamiento y cada una de las medidas de las evaluaciones posteriores. Por otra parte, se analizó el tamaño del efecto de las diferencias entre

Tabla 3. Cambios pre-post y pre-seg1 en sintomatología en el grupo experimental

	<i>Pre-tratamiento</i> (n = 18) <i>Media (DT)</i>	<i>Post-tratamiento</i> (n = 18) <i>Media (DT)</i>	<i>Seguimiento 1</i> (n = 18) <i>Media (DT)</i>	<i>Z</i> <i>Pre-post</i>	<i>Z</i> <i>Pre-seg1</i>
RSS	33,3 (5,1)	34,6 (4,9)	35,7 (4,1)	Z = -1,65	Z = -2,96*
HADS ansiedad	7,3 (5,0)	5,7 (3,1)	5,6 (3,5)	Z = -1,72	Z = -1,87
HADS depresión	3,3 (2,9)	2,0 (1,8)	2,6 (2,7)	Z = -2,52*	Z = -1,72
Kupperman	15,8 (8,8)	13,3 (7,2)	10,2 (7,1)	Z = -1,73	Z = -3,05*
FSFI deseo	4,3 (1,5)	5,0 (1,9)	5,2 (1,8)	Z = -1,92	Z = -2,75*
FSFI excitación	8,6 (6,7)	11,6 (6,4)	12,5 (5,8)	Z = -2,45*	Z = -2,73*
FSFI lubricación	10,0 (7,9)	13,1 (6,9)	14,3 (6,5)	Z = -2,43*	Z = -2,56*
FSFI orgasmo	8,5 (6,2)	10,5 (5,6)	11,1 (5,0)	Z = -1,83	Z = -1,69
FSFI satisfacción	9,2 (4,5)	11,0 (3,9)	11,7 (3,1)	Z = -1,92	Z = -2,67*
FSFI dolor	9,6 (6,0)	10,8 (5,7)	11,2 (5,9)	Z = -1,80	Z = -2,11*
FSFI total	49,9 (29,2)	62,3 (28,1)	66,2 (25,3)	Z = -2,74*	Z = -3,10*
EBP general directas	105,5 (22,5)	116,1 (18,4)	117,5 (21,4)	Z = -2,58*	Z = -1,96*
EBP pareja directas	48,9 (10,9)	55,6 (10,3)	56,7 (11,2)	Z = -2,85*	Z = -2,18*
EBP general típicas	53,6 (31,6)	63,1 (27,3)	61,6 (28,8)	Z = -1,95	Z = -1,43
EBP pareja típicas	33,8 (29,7)	51,0 (29,9)	52,5 (30,7)	Z = -2,61*	Z = -1,99*

Nota. RSS = escala de autoestima de Rosenberg, HADS = escala hospitalaria de ansiedad y depresión, FSFI = índice función sexual femenina, EBP = Escala de Bienestar Psicológico. * $p < 0,05$.

Tabla 4. Comparación GE-GC Post-tratamiento y Seguimiento 1

	<i>GC Pre-</i> (n=18) <i>Media (DT)</i>	<i>GC Post-</i> (n=18) <i>Media (DT)</i>	<i>GC Seg1</i> (n=18) <i>Media (DT)</i>	<i>Z</i> <i>GE-GC</i> <i>Post-tratamiento</i>	<i>Z</i> <i>GE-GC</i> <i>Seguimiento 1</i>
RSS	33,1 (5,0)	31,3 (4,7)	33,3 (5,0)	Z = -2,01*	Z = -1,62
HADS ansiedad	7,1 (3,9)	6,1 (3,9)	5,6 (3,3)	Z = -0,22	Z = -0,01
HADS depresión	2,7 (2,8)	3,1 (2,3)	2,8 (2,1)	Z = -1,51	Z = -0,74
Kupperman	11,7 (8,6)	11,0 (8,8)	8,7 (8,1)	Z = -1,18	Z = -0,82
FSFI deseo	4,1 (1,2)	4,2 (1,2)	4,1 (1,0)	Z = -0,59	Z = -2,11*
FSFI excitación	10,2 (7,1)	10,4 (7,5)	8,8 (7,5)	Z = -0,35	Z = -1,49
FSFI lubricación	10,4 (8,0)	11,7 (7,9)	9,8 (8,5)	Z = -0,33	Z = -1,47
FSFI orgasmo	8,1 (6,3)	8,8 (6,1)	7,1 (6,4)	Z = -0,92	Z = -1,87
FSFI satisfacción	8,9 (3,9)	9,7 (4,1)	9,2 (4,7)	Z = -0,95	Z = -1,51
FSFI dolor	8,3 (6,7)	9,1 (6,7)	7,4 (6,6)	Z = -0,92	Z = -1,91
FSFI total	50,8 (31,1)	53,6 (31,5)	46,7 (33,3)	Z = -0,85	Z = -1,85
EBP general directas	106,4 (20,8)	105,1 (20,5)	108,1 (22,2)	Z = -1,45	Z = -1,08
EBP pareja directas	56,4 (7,9)	56,4 (7,0)	54,2 (15,5)	Z = -0,35	Z = -0,17
EBP general típicas	51,7 (27,6)	50,7 (31,5)	54,2 (31,2)	Z = -1,19	Z = -0,66
EBP pareja típicas	55,0 (25,4)	55,7 (23,3)	52,9 (32,2)	Z = -0,40	Z = -0,02

Nota. GE = grupo experimental, GC = grupo de control, RSS = escala de autoestima de Rosenberg, HADS = escala hospitalaria de ansiedad y depresión, FSFI = índice función sexual femenina, EBP = Escala de Bienestar Psicológico. * $p < 0,05$.

Tabla 5. Porcentaje de participantes del grupo experimental que no presentan sintomatología a nivel clínico

	<i>Pre-tratamiento</i> (n = 18)	<i>Post-tratamiento</i> (n = 18)	<i>Seguimiento 1</i> (n = 18)
RSS (punto corte ≥ 30)	83,3	88,8	94,4
HADS ansiedad (punto corte ≤ 8)	66,6	83,3	83,3
HADS depresión (punto corte ≤ 8)	88,8	100,0	100,0
Kupperman (punto corte ≤ 20)	77,7	83,3	94,4
FSFI deseo (punto corte > 4)	22,2	44,4	66,6
FSFI excitación (punto corte > 10)	44,4	66,6	77,7
FSFI lubricación (punto corte > 10)	55,5	72,2	72,2
FSFI orgasmo (punto corte > 7)	55,5	77,7	77,7
FSFI satisfacción (punto corte > 6)	66,6	77,7	88,8
FSFI dolor (punto corte > 7)	72,2	72,2	77,7
FSFI total (punto corte > 45)	55,5	83,3	83,3
EBP general directas (punto corte > 75)	55,5	66,6	66,6
EBP pareja directas (punto corte > 37)	17,64	41,1	66,6
EBP general típicas (punto corte > 50)	94,4	100,0	100,0
EBP pareja típicas (punto corte > 50)	88,2	100,0	100,0

Nota. RSS = escala de autoestima de Rosenberg, HADS = escala hospitalaria de ansiedad y depresión, FSFI = índice función sexual femenina, EBP = Escala de Bienestar Psicológico.

los dos grupos en el postratamiento y en el seguimiento. Se usó la clasificación de Faul y Elderfer (1992) para interpretar los resultados obtenidos (pequeño $< 0,5$; mediano $> 0,5$ y $< 0,8$; y grande $> 0,8$), obteniéndose tamaños del efecto pequeños o medianos.

Para evaluar la satisfacción de las participantes con el programa de intervención, se les administró un cuestionario de satisfacción (escalas de 0 a 10) en la última sesión del taller. Las participantes valoraron el taller con un 8,8, al terapeuta con un 9,5 y la información proporcionada con un 8,6.

DISCUSIÓN

Los resultados expuestos muestran que el programa de intervención en sexualidad y pareja en mujeres en climaterio con formato grupal es eficaz, al menos parcialmente, para prevenir y tratar el desajuste personal/pareja y mejorar la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en este período. De hecho, se consiguen cambios incluso en variables que no

han sido abordadas directamente (como es el caso de la sintomatología depresiva). Además, los resultados mejoran aún más después de transcurrido un tiempo tras la intervención (durante el periodo de seguimiento). Una posible explicación es que las mujeres necesitan un cierto tiempo para practicar adecuadamente y automatizar las estrategias aprendidas durante el programa de tratamiento y que se requiere, asimismo, un tiempo para que estas estrategias empiecen a tener efecto en sus vidas.

Por el contrario, los resultados no indican cambios estadísticamente significativos en la sintomatología menopáusica tras del tratamiento (aunque sí una clara tendencia descendente de aquella, de modo que, tras la intervención, el porcentaje de mujeres con sintomatología clínica había descendido notablemente en el grupo experimental, siendo este cambio significativo en el seguimiento). Esta diferencia en los resultados puede deberse al énfasis que, en la intervención, se ha puesto en la mejora de la sexualidad y la relación de pareja de las mujeres tratadas, lo que constituía, precisamente, el eje central del programa, frente al tratamiento de

la sintomatología menopáusica, que era un aspecto secundario del mismo. Una explicación alternativa es que muchos de los síntomas menopáusicos puntuaban bajo (por debajo del nivel clínico) en la escala BMI ya en el pretratamiento, por lo que era muy complicado obtener una reducción estadísticamente significativa.

Llama la atención el cambio de puntuación en los síntomas depresivos: disminución en el postratamiento y un ligero incremento en el seguimiento. Una posible explicación es que, al ser la intervención de formato grupal, las mujeres podían tener cierta interacción social durante el tiempo que duraba el programa y ello repercutir positivamente en el estado de ánimo de las participantes y, por tanto, en sus puntuaciones en el HADS en el postratamiento; mientras que durante el seguimiento la interacción se habría reducido. Aun así, hay que indicar que, como en los demás síntomas asociados a la menopausia, se aprecia una clara tendencia de mejoría tanto en depresión como en ansiedad con respecto al pretratamiento. Es posible que la intervención específica, centrada en la respuesta sexual y la relación de pareja de las mujeres en etapa de climaterio, también tenga efectos sobre otras variables como la autoestima y la sintomatología asociada a la menopausia.

A pesar de esa tendencia, los resultados no muestran diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control. Quizá esto pueda deberse a que, aunque en las medidas pretratamiento entre ambos grupos no existían, *grosso modo*, diferencias estadísticamente significativas, las puntuaciones eran peores en el grupo experimental que en el grupo control, por lo que, aun produciéndose mejoras en las medidas postratamiento y seguimiento en el grupo experimental, estas no han sido suficientes para alcanzar la significación estadística. Por ejemplo, en el área de pareja, las mujeres del grupo control tenían mayor calidad de vida percibida antes de la intervención que las del grupo experimental (diferencia significativa). Tras la misma, éste supera en puntuación al grupo control, aunque las diferencias entre ambos grupos, en ese momento, no son estadísticamente significativas. Sin embargo, se puede considerar que la desaparición de la diferencia previa entre los dos grupos, tras el tratamiento, es una me-

joría importante en la calidad de vida en pareja del grupo experimental.

Como ya se ha señalado, el porcentaje de participantes del grupo experimental sin sintomatología a nivel clínico, se incrementa progresivamente en todos los aspectos evaluados, llegando a ser del 100% en algunos de ellos (ver Tabla 5). Estos resultados parecen indicar que la intervención es efectiva, ya que tras la misma disminuyen los sujetos que presentan sintomatología a nivel clínico. Esto se corrobora con los resultados del tamaño del efecto obtenidos.

Por último, la satisfacción de las participantes con el programa de intervención así como su adherencia al tratamiento (el 78% participaron en, al menos, 5 de las 7 sesiones) fueron elevadas. La satisfacción con los distintos aspectos de una intervención puede influir de forma muy positiva en los resultados de la misma y es clave para mejorar la adherencia al tratamiento o la participación activa tanto fuera como dentro del grupo.

El estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas a la hora de interpretar los resultados. Una primera limitación hace referencia al tamaño de la muestra: trabajar con una muestra pequeña no permite la generalización de los datos obtenidos y, además, el poder estadístico de las pruebas que se tienen que utilizar (pruebas no paramétricas) resulta más limitado. Un segundo problema ha sido la no aleatorización de la distribución muestral, dado que se asignó a la condición experimental a los sujetos que podían acudir al taller en las horas prefijadas para el mismo y se asignó al grupo control al resto de los sujetos. Ello dio lugar a la utilización de un diseño cuasi-experimental, que no permite establecer plenamente relaciones causales entre la variable independiente (la intervención) y las variables dependientes. Una última limitación importante es el escaso tiempo de seguimiento. Por razones ajenas a la investigación, el seguimiento sólo pudo ser de un mes. Posiblemente, los resultados serían distintos, y mucho más interesantes, con periodos de seguimiento más largos. En futuros estudios se pretende subsanar las limitaciones que presenta el actual.

Todas estas limitaciones hacen que los resultados obtenidos en este trabajo deban consi-

derarse con cautela. Aún así, el presente estudio ha demostrado, siquiera parcialmente, la eficacia de la intervención para la mejora de la sexualidad y la calidad de vida en pareja en mujeres climatéricas. Programas como el aquí expuesto pueden ayudar a que muchas mujeres en etapa climatérica (y en especial las que presentan un bajo nivel de adaptación a los cambios acaecidos en esta etapa) se vean beneficiadas y puedan mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

- Camuñas, N., García, E., Vivas, F., Morales, C., Aranda, D., y Cano, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psicología.com*, 5.
- Delgado, A., Sánchez, M.C., Galindo, I., Pérez, C., y Duque, M.J. (2001). Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. *Atención Primaria*, 27, 27-41.
- Faul, F., & Erdelfer, E. (1992). *GPOWER: A priori, post-hoc and compromise power for MS-DOS (programa informático)*. Bonn: Bo Dep. de Psicología.
- Faul, F., Erdelfer, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Gutiérrez, S., y Larroy, C. (2009). Efectos a largo plazo de un programa de intervención cognitivo conductual en la sintomatología menopáusica: efectos a largo plazo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 165-179.
- Hunter, M.S., & Liao, K.L.M. (1996). Evaluation of a four session cognitive- behavioural intervention for menopausal hot flushes. *British Journal of Health Psychology*, 1, 113-125.
- Hunter, M., Coventry, S., Hamed, H., Fentiman, I., & Grunfeld, E. (2009). Evaluation of a group cognitive behavioural intervention for women suffering from menopausal symptoms following breast cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 18, 560-563.
- Keefer, L., & Blanchard, E.B. (2005). A behavioral group treatment program for menopausal hot flashes: Results of a pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30, 21-30.
- Larroy, C. (2004). *Trastornos específicos de la mujer*. Madrid: Síntesis.
- Larroy, C., Gutiérrez, S., y León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 77-88.
- Larroy, C., y Gutiérrez, S. (2009). Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo. *Psicothema*, 21, 255-261.
- Larroy, C., y Gutiérrez, S. (2011) Intervención cognitivo-conductual breve en mujeres con sintomatología menopáusica leve: un estudio piloto. *Spanish Journal of Psychology*, 14, 344-355.
- Magnani, E., Sánchez-Arcilla, I., Aranda, D., Campillo, F., de Dios, T., García, P., y Rodríguez, A. (1999). *Programa de Menopausia. Ayuntamiento de Madrid*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Martín, A., Vicente, P., Vicente, E., Sánchez, M., Galindo, P., y Martín, M. (2010) Depresión y calidad de vida en pacientes con artrosis: diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 125-132
- Monge, S. (2005). Programa de calidad de vida en la menopausia. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 3, 28-56.
- Mora, M. y Raich, R. (2005). Autoestima. Madrid: Síntesis.
- Rosen, R.C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R., (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rosenberg, M. (1989) *Society and the adolescent self-image (Revised edition)*. Middletown, C. T.: Wesleyan University Press.
- Salas, M. (1994). La sexualidad durante la menopausia. En F.J. Labrador (Ed.) *Guía de la sexualidad* (pp.260-263) Madrid: Espasa Calpe.
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *Escala de bienestar psicológico*. Madrid: TEA.
- Sueiro, E., Carbulleira, M.M., Pediz, 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, 155-167.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). Hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67, 361-370.