

# INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LOS SÍNTOMAS DEL CLIMATERIO Y PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

**Gutiérrez, Sonia y Solera, Eva**

Facultad de Educación, Universidad Internacional de la Rioja.  
Rectorado Gran Vía Rey Juan Carlos I, 41, 26002, Logroño, ESPAÑA.  
Delegación Madrid. Pº de la Castellana, 163. 8ª Planta. 28046, Madrid, ESPAÑA

sonia.gutierrez@unir.net, eva.solera@unir.net

## RESUMEN

La menopausia aparece asociada a una importante variedad de síntomas físicos, psicológicos y sociales, susceptibles de ser tratados mediante técnicas cognitivo-conductuales. Además, en esta etapa del ciclo vital pueden empezar a aparecer problemas cognitivos que más adelante podrían estar relacionados con el deterioro asociado a la vejez y que pueden prevenirse utilizando diferentes estrategias de estimulación cognitiva. Por tanto, estamos en el momento idóneo para empezar a desarrollar actuaciones preventivas en relación a estas alteraciones. En este trabajo, se presenta una intervención grupal de 10 sesiones semanales de dos horas para tratar la sintomatología relacionada con la etapa climatérica y la prevención del deterioro cognitivo relacionado con el proceso de envejecimiento. La intervención relacionada con menopausia incluye psicoeducación, técnicas de desactivación, entrenamiento en nutrición y ejercicio físico, además de ejercicios de Kegel y técnicas de solución de problemas. En cuanto a las técnicas de prevención de deterioro cognitivo utilizaremos orientación a la realidad, entrenamiento cognitivo de la memoria y de la atención y entrenamiento en psicomotricidad. La relevancia del trabajo radica en los posibles componentes de tratamiento y de prevención de este paquete terapéutico de atención integral para diversos síntomas de la etapa perimenopáusica y para aquellos asociados al proceso del envejecimiento en las mujeres.

Palabras clave: Menopausia, climaterio, mujer, intervención psicológica, síntomas climatéricos, deterioro cognitivo, vejez, estimulación cognitiva, psicomotricidad.

## ABSTRACT:

Menopause is associated with a considerable variety of physical, psychological and social symptoms that can be treated using cognitive-behavioral techniques. In addition, at this stage of the life cycle may start to appear cognitive problems that later could be related to the deterioration associated with aging and that can be prevented using different cognitive stimulation strategies. Therefore, we are in proper time to begin to develop preventive actions in relation to these alterations. In the present study we present an intervention group of 10 weekly sessions of two hours to treat symptoms associated with climacteric stage and prevention of cognitive decline related to aging. The intervention related to menopause included psycho-education on menopause, relaxation techniques, nutrition and fitness exercises, Kegel exercises, and problem-solving techniques. In regard to the techniques for the prevention of cognitive decline we will use reality orientation, cognitive training of memory and attention training and psychomotor skills. The relevance of this work lies in the potential element of treatment and prevention this therapeutic package for various symptoms during the perimenopausal stage those associated with the aging process in women.

**KEYWORDS:** Menopause, climacteric, psychological intervention, climacteric symptoms, cognitive impairment, aging, cognitive stimulation, psychomotor skills.

## INTRODUCCIÓN

Aunque el concepto de menopausia nos resulte familiar y podamos presuponer que es conocido por la sociedad, diversos estudios han demostrado el elevado desconocimiento reportado por las mujeres que se encuentran en esta etapa y que, a pesar de esta falta de información, de forma paradójica, tienden a valorarla de forma negativa [1, 2, 3].

La menopausia aparece entre los 45 y los 55 años y en nuestro país la media se encuentra en los 48.5 años [4, 5]. Lo más importante de esta cuestión es que según los datos proporcionados por el INE, a 1 de julio de 2012, la población de mujeres en España entre los 40 y los 60 años era de 6.913.559 mujeres. Además, en España, la menopausia aparece de forma natural cada año en unas 270.000 mujeres, suponiendo aproximadamente que un 20% de la población femenina española se encuentra en periodo climatérico [3]. Por ello se hace necesario aclarar términos íntimamente relacionados y éstos son: menopausia y climaterio

La menopausia se define como el cese permanente de las menstruaciones por el agotamiento de la actividad folicular ovárica [6]. Varios autores [7, 8, 9] definen el climaterio como el periodo de entre 2-6 años antes de producirse la menopausia y el periodo de años tras esta y el inicio de la senectud. Además la OMS [10] se refiere al periodo perimepáusico como aquel que comprende los años anteriores a la menopausia confirmada, es decir tras un año de amenorrea, y un año tras ésta y donde hay presencia de sintomatología relacionada con la misma. Por lo que sería más correcto hablar de síntomas climatéricos que de síntomas menopáusicos. Esta sintomatología se divide en dos grupos, por un lado estarían los síntomas primarios o propiamente derivados de la menopausia: síntomas vasomotores (sofocos y sudores nocturnos), osteoporosis y atrofia vaginal. Y por otro lado, estarían los síntomas secundarios, como son la fatiga, la depresión, la tensión, el insomnio, la irritabilidad, los dolores de cabeza y la ganancia de peso, que no están directamente relacionados con el proceso fisiológico de la menopausia, sino con características psicológicas premenopáusicas, con los diversos roles que la mujer asume en esta etapa y con el conjunto de acontecimientos vitales que suceden en este período y que pueden ser fuente de estrés [11]. Por este motivo se hace necesario destacar que la menopausia no es un trastorno en sí mismo pero que, como consecuencia del cese en la actividad ovárica, se producen una serie de alteraciones físicas y psicológicas susceptibles de ser tratadas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres en este periodo.

Si nos detenemos en los cambios que se producen en el periodo perimenopáusico se destacan los siguientes:

- Los síntomas vasomotores (comúnmente conocidos como sofocos, calores o sudores) suponen la manifestación más común y el motivo por el cual las mujeres consultan con más frecuencia a los especialistas clínicos. Suelen ser el primer síntoma que aparece [10] y las mujeres lo definen como una sensación subjetiva de calor cuya duración oscila de entre pocos segundos hasta varios minutos de intensidad y frecuencia muy variables. El factor de los que más incomoda a las mujeres es el enrojecimiento de la piel que en ocasiones se produce, lo que puede provocar vergüenza o temor de sentirse observadas [12].
- La atrofia vaginal por lo general no aparece de forma tan inmediata como los síntomas vasomotores, sino tras un período de déficit estrogénico. Consiste en una disminución del epitelio vaginal, con pérdida de elasticidad y sequedad, provocando

dolor en las relaciones sexuales (coitalgia o dispaurenia), aumentando el riesgo de infecciones [13].

- Trastornos genitourinarios. En la postmenopausia se producen cambios en la uretra y vejiga, pudiendo aparecer síntomas de urgencia y frecuencia al orinar e incontinencia urinaria [10].
- La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la disminución de la masa ósea y deterioro microestructural del tejido óseo, que lleva a una mayor fragilidad del hueso y al consiguiente aumento del riesgo de fractura [10]. En la etapa postmenopáusica el incremento de esta enfermedad se aumenta por la reducción de hueso con relación a la edad, que se produce en ambos sexos, y por la aceleración que, en la pérdida de masa ósea, ocurre en la postmenopausia debido al déficit estrogénico [13].
- Riesgos cardiovasculares. Antes de la llegada de la menopausia, las enfermedades coronarias son más frecuentes en hombres que en mujeres, pero a partir de la menopausia la tasa se equipara en ambos sexos. Por lo que tras menopausia las mujeres dejan de estar cardioprotectidas [10].
- Sintomatología psicológica. La mayoría de los trabajos se han centrado en la sintomatología ansiosa y depresiva durante este periodo teniendo en cuenta que estos síntomas son secundarios al proceso de la menopausia [1].
- Trastornos del sueño, que pueden ser causados por diversas causas como a la acción de los cambios hormonales, los sofocos o sudores nocturnos y a los factores psicológicos que actúan desestabilizando el sueño. Además de los patrones irregulares del sueño, causas ambientales, consumo de ciertos fármacos, existencia de dolores crónicos y el consumo de agentes tóxicos como el alcohol o la cafeína [14, 13].
- Los problemas sexuales que pueden aparecer durante la menopausia se dividen en psicológicos, físicos, hormonales y sociales. Siendo los principales la disminución del deseo sexual el dolor coital, disminución de la respuesta durante el acto, y problemas con la pareja [14].
- Deterioro cognitivo. Algunos autores señalan que durante la menopausia como consecuencia de la disminución de hormonas la función cognitiva puede verse afectada [15, 16, 17].

Relacionado con el último grupo de cambios producidos durante el proceso climatérico en la mujer, el deterioro de las funciones cognitivas, cabe destacar que nos encontramos en una etapa clave en el proceso de envejecimiento. En este sentido, a lo largo de la historia, diversos investigadores han tratado de definir el envejecimiento pero, como señala Lanussa [18], todos ellos consideran que se trata de una serie de cambios y alteraciones físicas, que comienzan hacia los 30 años de edad, que se producen al ir creciendo y evolucionando, y que conllevan diversos procesos de deterioro que terminan con la muerte. Sin embargo, diferentes estudios indican que nuestras pautas y estilos de vida son los que determinan cómo envejecemos, existiendo grandes diferencias individuales entre unas personas y otras [19]. De todos modos no podemos obviar que el proceso de envejecimiento conlleva diversos cambios a nivel físico, psicológico y social [20, 21, 22], siendo necesario un incremento de los recursos sociales dedicados a la atención de estas personas, con el consiguiente esfuerzo económico que esto supone para todos los países [23, 24].

A esto debemos añadir que la previsión de Naciones Unidas [24] plantea un incremento del número de personas mayores de 60 años, pasando a representar en 2050 el 22% de la población mundial. En concreto en Europa se considera que la media de edad de la población en 2060 será de 47.6 años [25]. Además, la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres y España es uno de los países más envejecidos de Europa [25], por lo que es importante llevar a cabo acciones apropiadas para fomentar su calidad de vida.

Si tenemos en cuenta el temprano inicio del envejecimiento, las diferencias individuales que acabamos de comentar y la influencia de nuestro estilo de vida en el desarrollo de este proceso, podemos apreciar la importancia de promover programas preventivos para frenar o retrasar el deterioro lo máximo posible. En este sentido se han desarrollado múltiples estudios que defienden la importancia de potenciar un envejecimiento saludable [26, 27, 28, 29]. En la etapa en la que nos centramos, el climaterio de la mujer, esta idea adquiere una especial relevancia, puesto que nos encontramos en un momento de grandes cambios a nivel físico y psicológico y prácticamente a las puertas de lo que socialmente se conoce como tercera edad. Por tanto, es el momento perfecto para fomentar la “vejez saludable”, un envejecimiento activo, sin deterioro [30, 31, 32].

### INTERVENCIÓN DURANTE EL CLIMATERIO

El tratamiento más conocido para la sintomatología climatérica ha sido la terapia hormonal sustitutiva (THS), algo insuficiente, pues, como se ha comentado,

durante esta etapa de la vida de las mujeres intervienen más factores que los puramente fisiológicos. Además, diversos estudios han encontrado numerosos síntomas secundarios o indeseables como cáncer de mama, endometrio y ovarios, trastornos cardiovasculares, hipertensión, enfermedad tromboembólica o retención de líquidos [33, 34, 35, 36, 37].

Además la THS se encuentra contraindicada para aquellos casos en los que existan miomas uterinos, varices importantes, alteración hepática crónica, diabetes, hipertensión arterial, aumento anormal del colesterol y lípidos, obesidad y en el caso de fumadoras [12, 33, 38].

Por otro lado, se ha demostrado en varios trabajos que la THS no es eficaz en la remisión de la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres menopáusicas [39, 40], por lo que se hace necesaria la intervención desde una perspectiva multidisciplinar.

El abordaje del climaterio en la mujer desde la perspectiva cognitivo-conductual es relativamente reciente [41, 42, 43, 2, 1], y las intervenciones se han centrado en abarcar la sintomatología menopáusica y la mejora de la calidad de vida de las pacientes, consiguiendo en todos ellos mejoras (totales o parciales) en la sintomatología climatérica. En líneas generales estos programas de intervención se centran en los siguientes componentes: 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.

En la propuesta de intervención que se presenta en este trabajo se añade además un componente de intervención y prevención del deterioro cognitivo, pues, como se prevé, la sociedad continuará envejeciendo, y se establece la necesidad de plantear actividades preventivas en edades tempranas para alcanzar ese envejecimiento óptimo, que comentábamos anteriormente [31, 32]. En este sentido, desde hace décadas se han planteado intervenciones que pretenden reforzar las capacidades de reserva [44] y la plasticidad cerebral [29], con el objetivo de lograr un envejecimiento saludable [45].

De esta manera se han desarrollado diversas técnicas de estimulación cognitiva para actuar antes de que se produzca algún tipo de deterioro, potenciando al máximo las capacidades de la persona, fomentando su actividad y frenando o retrasando alteraciones posteriores [46, 47, 48]. Todas ellas han demostrado su

eficacia para conseguir estos objetivos y mejorar la calidad de vida de las personas que participan en los procesos de intervención [49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60].

En concreto, en esta propuesta, nos vamos a centrar en cuatro de estas técnicas: orientación a la realidad, entrenamiento cognitivo de la memoria, entrenamiento cognitivo de la atención y entrenamiento de la psicomotricidad. Con todas ellas pretendemos cubrir los cuatro aspectos destacados por Fernández-Ballesteros [61] en el proceso de envejecimiento: físico, mental, afectivo y social.

### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Partiendo de los buenos resultados obtenidos utilizando las técnicas comentadas anteriormente se plantea una propuesta de intervención, orientada a disminuir y prevenir la sintomatología asociada a la menopausia y el deterioro cognitivo y formada por los siguientes componentes:

- Educación del proceso de la menopausia:

La información es un factor primordial en cualquier programa de intervención [62, 63, 42], y más en la menopausia, por tratarse de un tema relativamente tabú, desconocido y centro de mitos o falsas creencias en diferentes sociedades y culturas [7, 3]. Y, como se ha comentado anteriormente, sigue siendo una etapa desconocida incluso para aquellas mujeres que están pasando por este periodo.

- Relajación muscular progresiva y respiración diafragmática:

Diversos trabajos [43, 64, 65, 41, 66, 67, 68, 42, 2, 1] han demostrado que las técnicas de relajación y respiración alivian la sintomatología menopáusica, entre otros motivos por la relación encontrada entre el estrés y la aparición de sofocos, por lo que son especialmente eficaces para la reducción de los síntomas vasomotores, y por extensión mejoran el insomnio, el bienestar general y la valoración subjetiva de la experiencia del proceso menopáusico. Estas técnicas consiguen la desactivación del sistema nervioso autónomo reduciendo así la ansiedad y el estrés.

- Promoción de la salud, mediante aspectos educativos en ejercicio y nutrición:

Se pretende destacar la importancia de unos hábitos saludables para la prevención de la aparición de trastornos a largo plazo estrechamente vinculados con la menopausia como son la osteoporosis y los trastornos cardiovasculares [10, 14, 69, 70].

- Entrenamiento en ejercicios de Kegel y opciones para combatir la sequedad vaginal:

Para abordar los trastornos de la musculatura del suelo pélvico en la perimenopausia la técnica más utilizada son los conocidos como “ejercicios de Kegel”, incluidos en diferentes programas para fortalecer el suelo pélvico [13, 62, 71, 72].

- Identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales:

En ocasiones durante el proceso climatérico pueden darse en las mujeres una serie de creencias irracionales o preocupaciones excesivas [42, 73], representando éstas un papel muy importante en el desarrollo alteraciones emocionales y conductuales.

- Entrenamiento en solución de problemas y en administración del tiempo:

Durante el proceso climatérico ya se ha comentado que las mujeres suelen adoptar múltiples roles (ama de casa, trabajadora, esposa, abuela, etc.), pudiendo generarse conflictos y haciendo que esta etapa sea vivida de una forma negativa, lo que unido a la posible escasez de recursos hace necesario el uso de estas técnicas para encontrar una solución acertada y para aprender a administrar el tiempo, priorizando tareas y reservando parte del tiempo para actividades placenteras y de ocio para ellas [73, 42]. Reportando a su vez alivio de la sintomatología ansiosa y/o depresiva, mejorando la calidad de vida y la autoestima de las mujeres.

- Orientación a la realidad:

La orientación es la capacidad cognitiva que nos permite comprender y manejar la información temporal, espacial y personal del entorno que nos rodea.

Folsom [74] fue el primero en introducir la terapia de orientación a la realidad (ROT) para trabajar con personas mayores con deterioro o que presentaban algún estado de confusión. Más tarde, Holden y Woods [75] realizaron modificaciones para utilizarla con veteranos de guerra. Actualmente se utiliza en diversas áreas y, concretamente, en la menopausia puede ayudar a organizar el tiempo y el espacio durante la realización de actividades cotidianas, sin perder de vista la importancia de desarrollar la orientación personal para mantener la individualidad y la autoestima.



Además, los resultados obtenidos por diferentes estudios y meta-análisis indican que se trata de una técnica eficaz tanto a nivel cognitivo como conductual [76, 54, 77, 78].

- Entrenamiento cognitivo de la atención

La atención es la capacidad responsable de recoger los datos más relevantes para realizar el procesamiento de información y nos permite mantenernos alerta para estar preparados ante cualquier necesidad, siendo sumamente importante para el desarrollo de los procesos cognitivos y el aprendizaje [79, 80].

En la etapa en la que nos encontramos, como en cualquier otro período del ciclo vital, resulta fundamental tener en cuenta la atención en cualquier propuesta de intervención puesto que los estudios realizados demuestran que tiene buenos resultados [79, 53, 57].

- Entrenamiento cognitivo de la memoria:

La memoria, como indica Tulving [81] nos permite codificar, almacenar y recuperar la información, desempeñando una labor fundamental en nuestra vida cotidiana. Sin embargo, es una de las primeras capacidades en deteriorarse, como señalan Díaz, Martín y Peraita [82]. Quizá por eso es la capacidad que más ha acaparado la atención y el interés de los investigadores.

En nuestro caso resulta especialmente importante incluirla en nuestra propuesta para tratar de prevenir y reducir desde pequeños olvidos cotidianos o despistes hasta fallos mayores de memoria.

Para abordar este tipo de situaciones se han diseñado múltiples técnicas de intervención, estando entre las más utilizadas, según Singer, Lindenberger y Baltes [83], el método de los lugares, el recuerdo nombre-cara y el recuerdo de palabras clave. Los estudios realizados sobre la eficacia de estas técnicas, tanto aplicadas individualmente como dentro de un programa de intervención, han demostrado buenos resultados en la prevención del deterioro cognitivo [84, 52, 56, 83, 85].

- Psicomotricidad

Debemos tener en cuenta la importancia de la actividad física para mantenernos activos y saludables a nivel físico y cognitivo. Durante la menopausia esto resulta fundamental, dado el incremento de problemas físicos (osteoporosis, riesgo cardiovascular, etc.) que aparecen en esta etapa y que pueden mejorar realizando ejercicio.

En este sentido, Deus [86] considera la “terapia psicomotriz” como “un procedimiento terapéutico que tiende a favorecer el dominio del propio cuerpo, la relación y comunicación con uno mismo y con los demás objetos y personas del espacio que lo rodea”. De este modo, mediante actividades sencillas contamos con un elemento más a la hora de prevenir el deterioro.

Sobre esta técnica se han realizado algunas investigaciones que indican la importancia de tener en cuenta esta área para fomentar la calidad de vida [87, 88], consiguiendo importantes beneficios a nivel físico, mental y afectivo [89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98]. Por tanto, resulta fundamental introducir la psicomotricidad, más estructurada y dirigida, en cualquier programa de intervención.

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para valorar la eficacia de nuestra de intervención realizaremos una evaluación antes de comenzar el programa de entrenamiento y otra después del mismo. Para ello utilizaremos los siguientes instrumentos:

- Índice Menopáusico de Kupperman y Blatt (BMI, Blatt’s menopausal index; Kupperman y Blatt) [99]. El BMI está constituido por 11 síntomas, evaluados mediante una escala de intensidad 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 intensidad 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, grave. El BMI es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de los síntomas de la menopausia, hasta el punto de haberse constituido en referencia obligada para la mayoría de los investigadores de la menopausia [100]. Que aunque ha recibido críticas por algunos autores [9], se ha considerado que evaluaba al menos los síntomas que tratamos de aliviar con la presente intervención.
- Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmon y Snaith [101], para detectar estados de depresión y ansiedad. Debido a que el BMI ha recibido algunas críticas acerca de la insuficiente evaluación de los síntomas psicológicos [102], se ha considerado oportuno evaluar éstos mediante otro instrumento: el HADS. Las razones de su elección son: es utilizable en el ámbito comunitario, es fácil de cumplimentar y suministra una clara distinción entre los conceptos de ansiedad y depresión [103]. Este instrumento ha sido traducido a la mayoría de las lenguas, entre

ellas la española, siendo estas traducciones fiables y validadas en numerosos estudios [104]. La escala posee una buena especificidad y sensibilidad en la detección de la ansiedad y depresión en pacientes físicamente enfermos [105,101]. Consta de dos series de siete ítems, correspondientes a las subescalas de ansiedad y depresión. Cada ítem es valorado de 0 a 3 puntos, según su intensidad. Las puntuaciones mayores de 10 en cada subescala se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8 a 10 se interpreta como moderada y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad.

- Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo, Ezquerra, Burgada, Sala, y Seva [107]. Es una versión elaborada específicamente para muestras españolas a partir del *Minimal State Examination* [107]. Se utiliza como screening para identificar alteraciones cognitivas.

Está compuesto de 11 ítems, que permiten valorar 11 variables: orientación temporal y espacial, memoria inmediata y diferida, cálculo y concentración, denominación y repetición lingüística, lectura, escritura, abstracción, y praxia idemotora, ideatoria y constructiva-gráfica.

- Cuestionario de Valoración de Calidad de vida en Mujeres de 45 a 64 años [108]. Consta de 22 ítems, evaluados mediante una escala tipo Likert 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. El cuestionario ofrece una puntuación global de la calidad de vida mediante la suma de las puntuaciones parciales de todos los contenidos relacionados con el climaterio.

Se eligió este instrumento por tratarse del único cuestionario de calidad de vida específico para el climaterio que, en nuestro país, cumple los requisitos psicométricos exigibles (y porque la mejora en la calidad de vida es uno de los objetivos del estudio).

#### PLAN DE ACTUACIÓN:

La propuesta de intervención constará de 10 sesiones, todas ellas presenciales, cuya distribución es la siguiente (ver tablas 1, 2 y 3):

Sesión 1. Dado que en esta primera sesión se realizará la presentación del programa de intervención y de las psicólogas que lo llevarán a cabo, aprovecharemos este momento para introducir la terapia de orientación a la realidad y abordar algunos

aspectos cotidianos y muy relacionados. Nos referimos a una mención breve de la fecha (día y hora), el lugar y algún dato personal de cada participante.

A continuación realizaremos la evaluación inicial con los instrumentos señalados anteriormente: índice de Kupperman y Blatt [99], para medir sintomatología menopáusica; la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS) [101], para detectar estados de depresión y ansiedad; el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) [107], para valorar un posible deterioro cognitivo; y el Cuestionario de Valoración de Calidad de vida en Mujeres de 45 a 64 años [108].

Sesión 2. En esta sesión comenzaremos explicando la importancia de la orientación a la realidad y realizando una breve exposición de datos temporales, espaciales y personales, en la que intervendrán todas las participantes. Además se ofrecerá información respecto al proceso menopáusico, la sintomatología asociada y los tratamientos en la actualidad.

Sesión 3. En la tercera sesión continuaremos con el entrenamiento en orientación a la realidad a partir de datos temporales, espaciales y personales disponibles en ese momento. Por otro lado, seguiremos proporcionando información del proceso menopáusico, centrándonos en los cambios a corto y medio plazo.

Tabla 1. Programa de intervención: sesiones 1, 2 y 3.

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
1	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:                      Introducir orientación a la realidad.                      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.</p> <p>ACTIVIDADES:                      1. Recuerdo de algunos datos temporales (día y hora) y espaciales (lugar).                      1. Presentación de las Psicólogas que llevarán a cabo las diferentes sesiones del programa.                      2. Aplicación del cuestionario de calidad de vida y el cuestionario informal.                      3. Actividad de presentación de las participantes al programa y entrega de una carpeta con material informativo.                      4. Presentación de los objetivos del programa.                      5. Presentación de los contenidos del programa.                      6. Puesta en común.                      7. Tarea para casa: leer la documentación entregada en la sesión, traer preguntas para la siguiente sesión y rellenar autorregistro de sofocos.                      9. Aplicación del Índice de Kupperman y Blatt , el HADS y el MEC.</p>	120 min.
2	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:                      Enseñar la importancia de la orientación a la realidad.                      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 el climaterio y la menopausia a corto plazo, y a diferentes niveles: fisiológico, físico y psicológico.                      Explicar el proceso de estos cambios e indicar las técnicas que se pueden usar para contrarrestarlos.</p> <p>ACTIVIDADES:                      1. Exposición de datos temporales, espaciales y personales.                      1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas en casa                      2. Explicación del aparato reproductor femenino: actividad orientada al esclarecimiento de conceptos e ideas sobre la menopausia.                      3. Introducción teórica a la menopausia:                          a. Conceptos básicos.                          b. Cambios a corto plazo (causas y soluciones).                      4. Tarea para casa: leer la documentación entregada durante la sesión</p>	120 min.
3	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN                      Entrenar en el uso de la orientación a la realidad.                      Identificar aquellas alteraciones vaginales que se producen por los cambios a medio plazo de la menopausia.                      Abordar factores y circunstancias que favorecen la aparición de la osteoporosis y la cardiopatía isquémica.</p> <p>ACTIVIDADES:                      1. Ejercicios relacionados con información temporal, espacial y personal disponible en el momento de la sesión.                      1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.                      2. Explicación de los cambios a medio plazo (alteraciones vaginales y sexuales)                      3. Explicación de los cambios a largo plazo:                          a. Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica)                          b. Osteoporosis                      4. Entrega de un test para conocer el riesgo de padecer osteoporosis y de un documento sobre el autoconocimiento de los senos como prevención del cáncer de mama (con el fin de dar respuesta a dudas que aparecieron en sesiones anteriores sobre este tema).                      5. Tarea para casa: Traer dudas acerca de las anteriores sesiones y algunas recetas de cocina económicas y saludables.</p>	120 min.

Sesión 4. Comenzaremos la sesión ampliando el entrenamiento en orientación a la realidad a partir de aspectos temporales (la hora del día), espaciales (características del edificio) y personales (datos familiares). También se ofrecerá información sobre las

técnicas para combatir los cambios a corto plazo y se introducirán las técnicas de desactivación.

Sesión 5. En esta sesión seguiremos ampliando la orientación a la realidad con elementos temporales (día), espaciales (información del hogar) y personales (datos de los antepasados). Se continuará con las técnicas de desactivación y se mostrarán qué ejercicios y cambios posturales se deben adoptar en esta etapa, junto con consejos nutricionales para aliviar sintomatología a largo plazo.

Sesión 6. Al inicio de la sesión se llevará a cabo el entrenamiento en orientación a la realidad, comentando aspectos temporales (relacionados con la semana), espaciales (datos laborales) y personales (características identificativas). Además se explicarán los ejercicios de Kegel para tonificar la musculatura del suelo pélvico y opciones para combatir la sequedad vaginal.

Tabla 2. Programa de intervención: sesiones 4, 5 y 6.

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
4	<p><b>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:</b>  Ampliar la orientación a la realidad.  Explicar las distintas técnicas existentes para tratar los cambios a corto plazo, indicando los motivos que los señalan como convenientes.  Llevar a cabo durante la sesión la técnica de relajación muscular progresiva.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b>  1. Reflexión sobre diferentes aspectos temporales (hora), espaciales (edificio) y personales (familia).  1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas.  2. Explicar los métodos para reducir los sofocos.  3. Explicar la relajación progresiva y mental, incluyendo el procedimiento, efectos, las ventajas y las situaciones en las que se recomienda su uso.  4. Llevar a cabo el entrenamiento en relajación progresiva.  5. Entrega del material acerca de la técnica de relajación y tarea para casa: practicar los ejercicios de relajación en casa y rellenar autorregistro de relajación</p>	120 min.
5	<p><b>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:</b>  Continuar ampliando la técnica de orientación a la realidad.  Explicar la técnica de respiración como otro método de relajación existente para tratar los cambios a corto plazo.  Llevar a cabo, durante la sesión, la técnica de respiración diafragmática.  Explicar los ejercicios, postura y nutrición, como dos de las técnicas, para tratar los cambios a medio y largo plazo.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b>  1. Comentar datos temporales (día), espaciales (hogar) y personales (antepasados).  1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas.  2. Explicar la técnica de respiración, incluyendo el procedimiento, efectos, ventajas y situaciones en las que se recomienda su uso.  3. Llevar a cabo el entrenamiento en respiración.  4. Explicar la importancia de la nutrición en la etapa de la menopausia.  5. Informar sobre la necesidad de realizar ejercicios y adquirir posturas correctas.  6. Tareas para casa: practicar los ejercicios realizados en la sesión en casa.</p>	120 min.
6	<p><b>OBJETIVOS DE LA SESIÓN</b>  Realizar orientación a la realidad.  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 del tratamiento hormonal sustitutivo, que tiene como objetivo sustituir el déficit hormonal, y su utilidad para mejorar los síntomas menopáusicos.</p> <p><b>ACTIVIDADES:</b>  1. Aportar información temporal (semana), espacial (trabajo) y personal (características).  1. Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.  2. Explicación y puesta en práctica de los ejercicios de Kegel para prevenir y / o tratar los cambios que se presentan en la musculatura del suelo pélvico en el climaterio.  3. Presentación de alternativas para la sequedad vaginal.  4. Introducción a los distintos tratamientos médicos para las molestias de la menopausia.  5. Tarea para casa: realizar una lista de pensamientos negativos.</p>	120 min.

Sesión 7. En la séptima sesión practicaremos la orientación a la realidad, haciendo referencia a información temporal (sobre el mes), espacial (centrada en el entorno) y personal (referente a las amistades).

A continuación expondremos la importancia de fomentar la atención y la memoria para prevenir la aparición del deterioro cognitivo, introduciendo técnicas específicas para potenciar estas capacidades. En concreto explicaremos en qué consiste la atención

selectiva y realizaremos ejercicios sobre ella. Además, comentaremos cómo funciona la memoria y qué son los olvidos cotidianos, ofreciendo información sobre ayudas externas para reducirlos y sobre la estrategia de visualización para potenciar un adecuado funcionamiento mnésico. Posteriormente, explicaremos la importancia de trabajar la psicomotricidad para reducir el deterioro físico y nos centraremos en la realización de ejercicios para fomentar la coordinación y el equilibrio. Finalmente, propondremos como tareas para casa la práctica de los ejercicios realizados en la sesión para reforzar su aprendizaje y su introducción en la vida cotidiana.

Por otro lado, se explicará qué son las creencias irracionales y se enseñará a identificarlas.

Sesión 8. Comenzaremos la sesión con la terapia de orientación a la realidad, comentando datos temporales (sobre la estación del año), espaciales (sobre la localidad) y personales (sobre el aspecto físico). En cuanto al entrenamiento de la atención continuaremos con una explicación de los procesos de atención sostenida y la realización de actividades para mejorarlos. Respecto a la memoria, enseñaremos a las participantes a utilizar el método de los lugares para potenciar la memoria a partir de ejercicios concretos. En psicomotricidad, realizaremos ejercicios sobre el esquema corporal y la flexibilidad para potenciarlos. Por otro lado, se enseñará la técnica de parada de pensamiento y cómo desmontar una creencia irracional.

Tabla 3. Programa de intervención: sesiones 7 y 8.



SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
7	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:</p> <p>Practicar la orientación a la realidad.  Explicar la importancia de fomentar la atención y la memoria para prevenir el deterioro cognitivo.  Aprender a identificar los procesos de atención selectiva y cómo fomentarlos.</p> <p>Explicar el funcionamiento de la memoria y la aparición de alteraciones u olvidos cotidianos.  Proporcionar estrategias para evitar o resolver esos olvidos cotidianos.  Aprender a utilizar la visualización para potenciar la memoria.  Explicar la importancia de potenciar la psicomotricidad para reducir el deterioro físico.  Potenciar la coordinación y el equilibrio.  Explicar que son las Creencias Irracionales, que tipos de creencias son las más comunes y mostrar en que momentos se presentan estas ideas.  Transmitir la forma de aprender a identificar los diferentes tipos de ideas irracionales.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Exponer aspectos temporales (mes), espaciales (entorno) y personales (amigos).</li> <li>Introducción del entrenamiento de la atención y la memoria como técnicas para potenciar el funcionamiento cognitivo.</li> <li>Definición de los procesos de atención selectiva y realizar ejercicios para fomentarlos.</li> <li>Explicar en qué consiste la memoria, su funcionamiento y a qué nos referimos con olvidos cotidianos.</li> <li>Aportar información sobre el uso de ayudas externas.</li> <li>Enseñar a utilizar la estrategia de visualización.</li> <li>Realización de ejercicios para fomentar la coordinación y el equilibrio.</li> <li>Tareas para casa: practicar los ejercicios en su entorno habitual. <ol style="list-style-type: none"> <li>Presentación de los objetivos de la sesión.</li> <li>Qué son las creencias irracionales. Algunas Creencias Irracionales (Ellis).</li> <li>Modelo A-B-C (según modelo de Ellis)</li> <li>Distorsiones cognitivas (T.C. Beck).</li> </ol> </li> <li>Tarea para casa: practicar en casa el autoregistro de pensamientos negativos.</li> </ol>	120 min.
8	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:</p> <p>Utilizar la orientación a la realidad.  Explicar en qué consisten los procesos de atención sostenida y cómo mejorarlos.  Aprender a utilizar el método de los lugares para facilitar el recuerdo.  Fomentar el desarrollo del esquema corporal y la flexibilidad.  Controlar pensamientos negativos.  Aprender a desmontar y modificar las ideas irracionales por pensamientos racionales.  Buscar alternativas.  Parada de pensamientos negativos recurrentes.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Comentar datos temporales (estación), espaciales (localidad) y personales (aspecto).</li> <li>Explicar en qué consisten los procesos de atención mantenida y desarrollar actividades para mejorarlos.</li> <li>Enseñar en qué consiste el método de los lugares y realizar ejercicios prácticos.</li> <li>Realización de ejercicios sobre el esquema corporal y la flexibilidad.</li> <li>Tareas para casa: practicar los ejercicios en su entorno habitual. <ol style="list-style-type: none"> <li>Presentación de la sesión y revisión de las tareas para casa.</li> <li>Enseñar cómo desmontar las respuestas cognitivas inadecuadas.</li> <li>Explicación y puesta en práctica de la técnica de parada de pensamientos distorsionados.</li> <li>Realización de ejercicios escritos, donde se debe sustituir el pensamiento irracional que se les plantea, por otro racional.</li> </ol> </li> </ol>	120 min.

Sesión 9. El inicio de la sesión se centrará en trabajar la orientación a la realidad con información temporal (año), espacial (provincia) y personal (forma de ser). Después de esto, explicaremos en qué consiste la atención dividida y propondremos algunas actividades al respecto. Posteriormente, trabajaremos la memoria a partir de la estrategia de asociación nombre-cara y de ejercicios sobre el tema. En el entrenamiento en psicomotricidad nos centraremos en fomentar la lateralidad y la motricidad fina. Terminaremos la sesión planteando la práctica de estos ejercicios en

su vida cotidiana. Además, en esta sesión comenzarán a entrenar las técnicas de solución de problemas y administración del tiempo.

Sesión 10. En esta sesión comenzamos practicando orientación a la realidad a partir de la reflexión sobre aspectos temporales (pasado), espaciales (país) y personales (aficiones). A continuación reforzaremos los procesos atencionales entrenados en sesiones anteriores, con actividades sobre atención selectiva, sostenida y dividida. Posteriormente, nos centraremos en el entrenamiento de la memoria a partir de la técnica de recuerdo de palabras clave y ejercicios sobre ella. En psicomotricidad potenciaremos la motricidad gruesa y el ritmo, realizando prácticas al respecto.

Finalmente, llevaremos a cabo la evaluación del programa de intervención con los mismos instrumentos utilizados al principio: MEC, HADS, Índice de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida.

También se realizará una valoración subjetiva del programa de intervención por parte de todas las participantes y se les hará entrega de recetas saludables sobre todos los temas tratados.

Tabla 4: Programa de intervención: sesiones 9 y 10.

SESIÓN	CONTENIDO	DURACIÓN
9	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:  Trabajar la orientación a la realidad.  Explicar los procesos de atención dividida y cómo potenciarlos.  Aprender a utilizar la estrategia de asociación nombre-cara.  Fomentar el desarrollo de la lateralidad y la motricidad fina.  Dar a conocer y practicar una metodología para la solución de problemas.  Aprender a identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución, facilitando una amplia gama de 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 dividiendo éstos en pasos a realizar para alcanzarlos.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aportar información temporal (año), espacial (provincia) y personal (carácter).</li> <li>2. Explicar los procesos de atención dividida y practicarlos.</li> <li>3. Enseñar en qué consiste la estrategia de asociación nombre-cara y realizar ejercicios prácticos.</li> <li>4. Realización de ejercicios para potenciar la lateralidad y la motricidad fina.</li> <li>5. Tareas para casa: practicar los ejercicios en su entorno habitual.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Que es un problema?. Pasos de la técnica de solución de problemas.</li> <li>2. Definir el problema.</li> <li>3. Concretar los objetivos.</li> <li>4. Búsqueda de alternativas.</li> <li>5. Valoración de las consecuencias (ejercicio).</li> <li>6. Puesta en práctica de la alternativa elegida.</li> <li>7. Evaluación de los resultados.</li> <li>8. Técnicas de administración del tiempo.</li> <li>9. Concluir la sesión y hacer un pequeño cierre del programa.</li> </ol>	120 min.
10	<p>OBJETIVOS DE LA SESIÓN:  Realizar orientación a la realidad.  Reforzar los procesos atencionales.  Aprender a utilizar la técnica de recuerdo de palabras clave.  Favorecer la motricidad gruesa y el ritmo.  Evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica.  Cerrar el programa.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reflexionar sobre aspectos temporales (pasado), espaciales (país) y personales (aficiones).</li> <li>2. Realización de ejercicios de atención selectiva, sostenida y dividida.</li> <li>3. Enseñar en qué consiste la la técnica de asociación nombre-cara y realizar ejercicios prácticos.</li> <li>4. Realización de ejercicios de motricidad gruesa y ritmo.</li> <li>5. Aplicación de los cuestionarios de evaluación: MEC, HADS, Índice de Kupperman y Cuestionario de Calidad de Vida.</li> <li>2. Valoración subjetiva del programa de intervención</li> <li>3. Entrega de recetas saludables.</li> </ol>	120 min.

## PROCEDIMIENTO Y AMBITOS DE APLICACIÓN

La propuesta de intervención planteada es susceptible de ser incorporada al plan de actividades de cualquier ayuntamiento, distrito, centro social o cultural, fundación o asociación, como ya se ha realizado en otras ocasiones son similares características [1, 2]. Se trata de una intervención que requiere pocos costes y perfectamente aplicable a mujeres climatéricas con o sin presencia de sintomatología, pues se ha diseñado para que, además de su factor terapéutico para dicha sintomatología, sea profilaxis de aquellos síntomas que no han aparecido o son subclínicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larroy C, Gutiérrez S. Intervención cognitivo-conductual en mujeres con sintomatología menopáusica leve: un estudio piloto. *Spanish J Psychol* 2011; 14: 344-355.
2. Gutiérrez S, Larroy C. Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo. *Psicothema* 2009; 21: 260-266.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *La Menopausia en España. Calidad de Vida y Tratamientos*. Madrid: EPES; 2006.
4. Foro Atención y Salud en la Mujer. FASEM. Estudio epidemiológico. Perfil de la mujer perimenopáusica en atención Primaria. Madrid. Almirall; 2007.
5. MUMENESP. Estudio Epidemiológico de la Mujer Menopáusica de España. Barcelona: Faes Farma; 2010.
6. Sánchez- Cánovas J. (coord.). *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel; 1996.
7. Marín RM. *Menopausia y Salud. Atención Integral a la Mujer de Mediana Edad*. En: Sánchez- Cánovas J. *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel; 1996.
8. Palacios S, Menéndez C, Jurado AR, Castaño R. Changes in sex behavior after menopause: effects of tibolone. *Maturitas* 1995; 22(2): 155-161.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. *Menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica*; 2004.
10. OMS. *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa: Informe de un grupo científico de la OMS*. Ginebra: OMS (Serie de informes técnicos nº 866); 1996.
11. Gannon L. The potential role of exercise in the alleviation of menstrual disorders and menopausal symptoms: A theoretical synthesis of recent research. *Women and Health* 1988; 14(2): 105-127.
12. Instituto de la Mujer. *La Menopausia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo (Serie Salud, nº5); 1999.

13. Fernández E, Magnani E, Fernández JM, Fernández-Arcilla JL. Menopausia ¿Qué es? Madrid: Lilly; 2000.
14. Palacios S, Menéndez C. Guía de la Menopausia. Madrid: Pirámide; 1998.
15. Bocchino E. Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio Rev Psiquiatr Urug 2005; 70(1): 66-79.
16. Lopera F, Sánchez F. Estrógenos, envejecimiento y enfermedad de Alzheimer. *latreia* 1999; 12(3): 120-129.
17. Legorreta D. La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Avances el psicología latinoamericana* 2007; 25(1): 44-51.
18. Lanussa DG. Geriatria: conceptos generals 2007. Disponible en: URL: <http://www.geriaticas.com>
19. Gutiérrez LM. El proceso de envejecimiento humano: Algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población* 1999; 19: 125-47.
20. Ballesteros S. Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid: Universitas; 2007.
21. Hayflick L. Biología celular y bases teóricas del envejecimiento humano. En: Carteasen LL, Edelstein BA, editores. *El envejecimiento y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca; 1987. p. 15-29.
22. Martin GM, Bryant EM. Genetics of aging and of disease models. En: Terry RD, editor. *Aging and the brain*. New York: Raven Press: 1988. p. 1-16.
23. Poterba J. Impact of Population Ageing on Financial Markets in Developed Countries Federal Reserve Bank of Kansas City Annual Symposium, Jackson Hole, WY; 2004.
24. World Economic Forum. Global Population Ageing: Peril or Promise? 2012. Disponible en: URL: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf)
25. Eurostat European Comission (2011). Active ageing and solidarity between generations 2012 edition. A statistical portrait of the European Union 2012. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
26. Baltes PB, Baltes, MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En: Baltes PB, Baltes, MM,

- editors. Successful aging. Perspectives from the behavioural sciences. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34.
27. Fernández-Ballesteros R. Hacia una vejez competente. En: Carretero M, Marchesi, A, Palacios, J, directores. Psicología evolutiva. Vol. 3. Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
  28. Fernández-Ballesteros R. Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. En: Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. Barcelona: AMG; 1998.
  29. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. The Gerontologist 1997; 37: 433-40.
  30. European Comission. ¿Cómo queremos envejecer? 2012. Disponible en: URL: <http://bookshop.europa.eu/es/-c-mo-queremos-envejecer--pbKE3011406/>
  31. Fernández-Ballesteros R. Promoción del envejecimiento activo: una perspectiva psicosocial. En: Salvador-Carulla L, Cabo-Soler JR, Cano-Sánchez R, editores. Longevidad: tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
  32. Zamarrón MD. Envejecimiento activo. Infocop 2007; 34: 7-9.
  33. Martín MJ, Iglesias E. Terapia hormonal sustitutiva en la menopausia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1999; 23(2): 33-44.
  34. Carnicer C, Castro, OP, Paublete MC, Castro, C. Aspectos básicos del tratamiento en el climaterio. Psiquiatria.com 2002; Interpsiquis 2002.
  35. Thobaben M. Safety alert for women taking postmenopausal hormone replacement therapy. Home Health Care Management and practice 2003; 15(6): 521- 522.
  36. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución en la menopausia. Farmacéuticos 2004; 285: 46-51.
  37. Instituto Nacional del Cáncer de EEUU. El uso de terapia de reemplazo hormonal en la menopausia y el cáncer 2009. Disponible en: URL: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/hormonas-menopausia>
  38. Instituto Andaluz de la Mujer. Menopausia. Sevilla: Colección Salud; 2011

39. Hernández J, De la Gándara-Martin J, Sánchez MA. Utilidad de la terapia hormonal sustitutiva en los trastornos en los trastornos depresivos durante la menopausia: estado de cuestión. *Anales de Psiquiatría* 2003; 19(4): 172-178.
40. Morrison MF, Kallan, MJ, Have TT, Katz I, Tweedy K. Battistini, M. Lack of efficacy of estradiol for depression in postmenopausal women: A randomized, controlled trial. *Biological Psychiatry* 2004; 55(4): 406-412.
41. Hunter MS, Liao KLM. Evaluation of a four session cognitive- behavioural intervention for menopausal hot flushes. *British J Health Psychol*, 1996; 1: 113-125.
42. Sueiro E, Carbulleira MM, Perdiz C, Rodríguez JA, González A. Promoción de la salud: Intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio: Una experiencia práctica. *Psicología conductual* 1999; 7(1): 155-167.
43. Camuñas N, García E, Vivas F, Morales C, Aranda D, Cano A. Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psicología.com* 2001; 5(3).
44. Baltes PB. Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology* 1987; 23: 611-26.
45. Pousada M, De la Fuente J. Envejecimiento y cambio cognitivo. En: Pinazo S, Sánchez, M, editores. *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* Madrid: Pearson Prentice Hall; 2005. p. 185-217.
46. Cullell N, Vendrell JM. Aplicación de las nuevas tecnologías en los programas de intervención cognitiva para personas con deterioro. *Alzheimer Real Invest Demenc* 2008; 38: 14-20.
47. Martínez T. Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales 2002. Disponible en: URL: <http://www.imsersomayores.csic.es>
48. Vega JL, Bueno B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis Psicología; 1995.
49. Albarracín D, Berdullas S. *Psicogerontología*. Infocop 2007; 34: 3.
50. Clare L, Wilson B, Carter G. Intervening with everyday memory problems in dementia of Alzheimer type: an errorless learning approach. *J Clin Exp Neuropsychol* 2000; 22: 132-46.

51. Clare L, Wilson B, Carter G. Long-term maintenance of treatment gains following a cognitive rehabilitation intervention in early dementia of Alzheimer type: a single case study. *Neuropsychol Rehabilitation* 2001; 1: 477-94.
52. Craik FIM, Winocur G, Palmer H, Binns M, Edwards M, Bridges K, et al. Cognitive rehabilitation in the elderly: effects on memory. *Journal of The International Neuropsychological Society: JINS* 2007; 13(1): 132-42.
53. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Intxaurreondo B, Guerrero R. Terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer. Memoria presentada en el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Pamplona; 2002.
54. Holden UP, Woods RT. Positive approach to dementia care. 3ª ed. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1995.
55. Mahncke HW, Connor BB, Appelman J, Ahsanuddinmm ON, Hardy JL, Wood RA et al. Memory enhancement in healthy older adults using a brain plasticity based training program: a randomized, controlled study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2006; 103(33): 12523–8.
56. Montejo P, Montenegro M, Reinoso AI, De Andrés ME, Claver MD. Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento de memoria multicéntrico para mayores de 60 años. *Rev Esp Geriatria Gerontol* 1999; 34: 199-208.
57. Peláez E, Fernández S. Intervención con pacientes con enfermedad de alzheimer: un programa de neuroestimulación piloto. *First Internacional Congress on Neuropsychology in Internet*; 1999.
58. Rapp S, Brenes G, Marsh A. Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: A preliminary study. *Aging Mental Health* 2002; 6(1): 5-11.
59. Tardif S, Simard M. Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. *Inter J Alzheimer's Disease* 2011; Volume 2011: 13 pages.
60. Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Mann K et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *J Am Medical Association* 2006; 296(23): 2805–14.
61. Fernández-Ballesteros R. Active Aging. Contribution from Psychology. En prensa; 2006.
62. Magnani E, Sánchez-Arcilla I, Aranda D, Campillo F, Campillos M, de Dios, MI, et al. Programa de Menopausia: Un buen momento para pensar en sí misma. Ayuntamiento de Madrid Área de Salud y Consumo. Madrid: Ediciones Díaz Santos; 1999.



63. Marín, R.M.; Sánchez- Canovas, J & Dupuy, M.J. (1995). Assessing the effects of Health Promotion Programs on subjective Well-being of menopausal women. En Rodríguez-Marín (Ed), Health Psychol and Quality of life Resarch. Proceedings of the 8th annual conference of the European Health Psychology Society, 2, 906-915.
64. Freedman BR, Woodward S. Behavioral treatment of menopausal hot flashes: evaluation by ambulatory monitoring. Am J Obstetrics and Gynecol 1992; 167: 436-439.
65. Germaine LM, Freedman RR. Behavioural treatment of menopausal hot flashes: Evaluation by objective methods. J Consulting and Clinical Psychology 1984; 52: 1072- 1079.
66. Hunter MS. Cognitive behavioural interventions for premenstrual and menopausal symptoms. J reproductive and Infant Psychology 2003. 21(3), 183-193.
67. Keefer LA. The effect of a cognitive-behavioral group treatment on perimenopausal hot flashes and related symptoms. Dissertation Abstracts international: Section B: The Sciences and Engineering 2003; 64(6): 2923.
68. Stevenson, DW, Delprato DJ. Multiple component self-control programs for menopausal hot flashes. J Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry 1983; 10: 137-140.
69. Rosario EJ, Villani RG, Harris J, Klein R. Comparison of Strenth training Adaptations in Early and Older Postmenopausal Women. J aging and physical Activity 2003; 11(2): 143-155.
70. González ME, Rivera A, Morán LJ. Estudio nutricional para evaluar el aporte de calcio sobre la dieta de una leche fermentada enriquecida en calcio y vitamina D (Densia®) en mujeres postmenopáusicas. Nutr Hosp 2012; 27(2).
71. Gastiain F. La mujer en los cuidados de la menopausia. Interpsiquis 2006. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: URL: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3733>
72. Jurado R, Moreno C, González V. Cid P, García A. González JA. Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas. Enfuro 2008; 108: 6-9.

73. Monge S. Programa de calidad de vida en la menopausia. *Rev Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2005; 3: 28-56.
74. Folsom JC. Reality Orientation for elderly patient, *J Geriatric Psychiatry* 1966; 1: 291-307.
75. Holden UP, Woods RT. Reality Orientation. Psychological approach to the confused elderly. Edimburg: Churchill Livingstone; 1982.
76. Hanley IG. The use os signposts and active training to modify ward disorientation in elderly patients. *J Behaviour Terapy Exp Psychiatry* 1981; 12: 241-7.
77. Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Orientación a la realidad para la demencia. Oxford: The Cochrane Library. Update Software; 2000.
78. Zanetti O, Metitieri T, Bianchetti A, Trabucchi M. Reality orientation therapy for patients with dementia: a longitudinal study, *Neurobiology and aging* 1998; 19(4): 102-3.
79. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Tárraga L, Moya R, Iñiguez J. Cognitive Plasticity in Healthy, Mild cognitive Impairment (MCI) Subjects and Alzheimer's Disease Patients: A Research Project in Spain. *European Psychologist* 2003; 8(3): 148-59.
80. Posner MI, Bourke P. Attention. En: Beaumont JC, Kenaly PM, Rogers MJC, editores. *The Blackwell Dictionary of Neuropsychology* Oxford: Blackwell; 1999. p. 122-7.
81. Tulving E. Concepts of memory. En: Tulving E, Craik FIM, editores. *The Oxford handbook of memory*. Nueva York: Oxford University Press; 2000. p. 33-43.
82. Díaz MC, Martín Y, Peraita H. Intervención cognitiva en personas sanas de la tercera edad (un estudio piloto en Las Rozas de Madrid). Madrid: UNED; 2006.
83. Singer T, Lindenberger U, Baltes PB. Plasticity of memory for new learning in very old age: A story of major loss? *Psychol Aging* 200; 18(2): 306-17.
84. Calero MD, Navarro E. Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y salud* 2006; 17(2): 187-202.
85. Wilson K. The effectiveness of memory training programs in improving the subjective memory characteristics of healthy older adults with memory complaints: A meta-analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2008; 68(8-B): 5606.

86. Deus J. Estimulación cognitiva en demencias: eficacia o placebo. *Informaciones Psiquiátricas [revista electrónica]* 2006; 184. Disponible en: URL: <http://www.revistahospitalarias.org>
87. Marchena E, Alcalde C, García M. Programa universitario de educación psicomotriz para la vejez 2005. Disponible en: URL: <http://www.usal.es>
88. Soler A. La Psicomotricidad. Una propuesta eficaz para la dinamización corporal de las personas mayores. *Informes Portal Mayores [revista electrónica]* 2006; 58. Disponible en: URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/soler-psicomotricidad-01.pdf>
89. Arcoverde C, Deslandes A, Rangel A, Rangel A, Pavão R, Nigri F et al. Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 2008; 66(2-B): 323-7.
90. Colcombe SJ, Erickson KI, Raz N, Webb AG, Cohen NJ, McAuley E et al. Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *J Gerontol: Medical Sciences* 2003; 58A(2): 176-80.
91. Colcombe SJ, Kramer AF, Erickson KI, Scalf P, McAuley E, Cohen NJ, et al. Cardiovascular fitness, cortical plasticity and aging. *PNAS* 2004; 101: 3316-21.
92. Colcombe SJ, Ericsson KI, Scalf PE, Kim JS, Prakash R, McAuley E, et al. Aerobic Exercise Training Increases Brain Volume in Aging Humans. *J Gerontology: Medical Sciences* 2006; 61 A(11): 1166-117.
93. Gracia M, Marcó M. Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema* 2000; 12(2): 285-92.
94. Jerome GJ, Márquez DX, McAuley E, Canaklisoval S, Snook E, Vickers M. Self-efficacy effects on feeling states in women. *Inter J Behavioral Medicine* 2002; 9: 139-154.
95. Kramer AF, Hahn S, Cohen NJ, Banich MT, McAuley E, Harrison CR et al. Ageing, fitness and neurocognitive function. *Nature* 1999; 400: 418-9.
96. Netz Y, Wu M, Becker B, Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychol Aging* 2005; 20(2): 272-84.

97. Schroll M, Steen B, Berg S, Heikkinen E, Viidik A. NORA-Nordic research on ageing functional capacity of 75-year-old men and women in three Nordic localities. *Danish Medical Bulletin* 1993; 40: 618-24.
98. Yaffe K, Barnes D, Nevitt M, Lui LY, Covinsky KA. Prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: Women who walk. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1703-8.
99. Kupperman HS, Blatt MH. Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by menopausal and amenorrhoeal indices. *J Clin Endocrinol* 1953; 13, 28: 688-703.
100. Gándara-Martín JJ. Menopausia y Trastornos psicósomáticos. Burgos: *Cauces de Opinión*; 1997.
101. Zigmon AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67: 361-70.
102. Salvatierra V. Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. En: Palacios S. *Climaterio y Menopausia*. Madrid: Mirpal; 1992.
103. Cuevas C, García-Estrada A, González JL. Hospital Anxiety and Depresión Scale y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría* 1995; 2(4): 126-130.
104. Moorey S, Greer S, Watson M, Gorman C. The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *British J Psychiatry* 1991; 158: 255-259.
105. Barczak P, Kane N, Andrews S. Patterns of psychiatric morbidity in a genitourinary clinic. *British J Psychiatry* 1988; 152: 698-700.
106. Lobo A, Ezquerro J, Burgada FG, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo (un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso-españolas de Neurología y psiquiatría* 1979; 7: 189-202.
107. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Research* 1975; 12: 189-98.

108. Sánchez-Cánovas J. Cuestionario de valoración de la calidad de vida, en mujeres de 45 a 64 años. Madrid: Ministerio de asuntos sociales. Instituto de la Mujer; 1999.

PREGUNTAS:

1. Entre los motivos para la elección de una propuesta integral durante el climaterio femenino están:

A. Intervienen diversos factores a los puramente fisiológicos en esta etapa de la vida de las mujeres.

B. La sintomatología que se puede presentar en este periodo puede dividirse en síntomas primarios (íntimamente relacionados con el proceso biológico de la menopausia) y en síntomas secundarios (no vinculados al déficit hormonal).

C. Los programas integrales durante el climaterio han demostrado no ser eficaces en la remisión de sintomatología.

D. A y B son verdaderas.

2. Durante el climaterio es importante prevenir el deterioro cognitivo porque:

A. Las mujeres pueden sufrir alteraciones cognitivas en esta etapa.

B. Está relacionado con el deterioro psicomotriz.

C. Con los programas de intervención cognitiva desarrollamos estrategias preventivas que mejoran la calidad de vida.

D. A y C son correctas.