

Dra. HEATHER HIRSCH
con STACEY COLINO

DESCUBRE TU TIPO DE MENOPAUSIA

UNA GUÍA PERSONALIZADA
PARA GESTIONAR TU MENOPAUSIA
Y MEJORAR TU SALUD



ENCUENTRA
RESPUESTA
A CÓMO
TE SIENTES

PAIDÓS

DRA. HEATHER HIRSCH

DESCUBRE TU TIPO DE MENOPAUSIA

Una guía personalizada para gestionar
tu menopausia y mejorar tu salud

Traducción de Remedios Diéguez

PAIDÓS Divulgación

Título original: *Unlock Your Menopause Type*, de la doctora Heather Hirsch

1.ª edición, septiembre de 2024

La lectura abre horizontes, iguala oportunidades y construye una sociedad mejor. La propiedad intelectual es clave en la creación de contenidos culturales porque sostiene el ecosistema de quienes escriben y de nuestras librerías.

Al comprar este libro estarás contribuyendo a mantener dicho ecosistema vivo y en crecimiento.

En Grupo Planeta agradecemos que nos ayudes a apoyar así la autonomía creativa de autoras y autores para que puedan seguir desempeñando su labor.

Dirígete a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesitas fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puedes contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

La información que contiene este libro no pretende sustituir el consejo de tu médico. Debes consultar con un profesional si tienes algún problema de salud, sobre todo si padeces alguna enfermedad, y antes de empezar a tomar medicación, dejar de tomarla o cambiar la dosis que estés tomando. Cada lector es el único responsable de sus decisiones respecto a su salud. La autora y el editor no aceptan responsabilidad alguna por los posibles efectos adversos que las lectoras afirmen haber experimentado, de manera directa o indirecta, a raíz de la información contenida en este libro.

Los nombres y las características identificadoras de algunas de las personas descritas en este libro se han cambiado.

© Heather Hirsch, 2023

© de la traducción, Remedios Diéguez Diéguez, 2024

© de todas las ediciones en castellano,

Editorial Planeta, S. A., 2024

Paidós es un sello editorial de Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664

08034 Barcelona, España

www.paidos.com

www.planetadelibros.com

ISBN: 978-84-493-4277-6

Depósito legal: B. 9.536-2024

Maquetación: Realización Planeta

Impresión y encuadernación en Rotoprint by Domingo, S. L.

Impreso en España - *Printed in Spain*



SUMARIO

| | |
|-------------------|----|
| Introducción..... | 13 |
|-------------------|----|

PRIMERA PARTE

El caos hormonal

| | |
|--|----|
| 1. El salvaje Oeste de las experiencias en la atención sanitaria | 23 |
| 2. Bulos e ideas equivocadas sobre la menopausia..... | 43 |
| 3. El misterio de las hormonas..... | 59 |
| 4. ¿Cuál es tu tipo de menopausia?..... | 75 |

SEGUNDA PARTE

Descubre tu hoja de ruta para afrontar la menopausia

| | |
|---|-----|
| 5. La menopausia prematura..... | 83 |
| 6. La menopausia repentina..... | 109 |
| 7. La menopausia desbocada..... | 131 |
| 8. La menopausia que altera la mente..... | 151 |
| 9. La menopausia que parece no tener fin..... | 175 |
| 10. La menopausia silenciosa..... | 199 |

Tercera parte
Tratamientos para contener el desajuste

| | |
|---|-----|
| 11. Prioriza el alivio de los síntomas y tu seguridad | 221 |
| 12. Personaliza tu plan de tratamiento | 231 |
| 13. Autocuidado de aquí en adelante | 269 |
| | |
| Conclusión | 289 |
| Apéndice | 293 |
| Recursos | 297 |
| Glosario | 301 |
| Bibliografía seleccionada | 309 |
| Agradecimientos | 345 |
| Notas | 347 |
| Índice analítico y de nombres | 381 |

Capítulo 1

EL SALVAJE OESTE DE LAS EXPERIENCIAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Cuando las mujeres acuden a verme por primera vez a causa de sus síntomas de la mediana edad, me dicen cosas como:

– Ya no me reconozco.

– No me siento yo misma.

– Es como si alguien se hubiese apoderado de mi cuerpo.

– Estoy en el punto en que voy a usar pantalones elásticos para el resto de mi vida porque me siento hinchadísima.

– ¿Cuándo terminará esta sequedad vaginal, esta irritabilidad, este/a [rellena el espacio en blanco]?

– En lo que respecta al sexo, me siento muerta por dentro. ¡Echo de menos mi libido!

A veces me dicen cosas como: «Demasiada información, ¿no?», o «¿Habías oído esto antes?». Por supuesto, cada mujer debería sentirse especial, porque ciertamente lo es, pero esos sentimientos y esas experiencias resultan comunes (¡casi universales!) y, sin embargo, a muchas las pillan por sorpresa. Esto se debe en parte a que la menopausia puede parecer un terreno indómito e imprevisible cuando se trata de acceder a información precisa sobre los síntomas de una mujer. En nuestra cultura casi existe un velo de silencio en torno a lo que cabe esperar durante la transición menopáusica; además, la experiencia de cada mujer es personal y única, y puede diferir mucho de la de sus amigas o sus familiares.

Cuando Lucy, de cincuenta años, vino a verme por primera vez, la intensidad de sus sofocos era tremenda; acompañados además de palpitaciones que parecían ataques de pánico. Naturalmente, aquellos síntomas le asustaban y le incomodaban mucho. Cuando conocí a

Laura, de cuarenta y siete años, llevaba meses despertándose a las dos de la mañana, empapada en sudor e incapaz de dormir. De día era todo un desastre porque padecía una espesa niebla mental que apenas le permitía funcionar, y tenía miedo de sufrir un accidente de coche. Tras someterse a quimioterapia por un cáncer de mama, mi paciente Anna, una abogada litigante de cuarenta y tres años, experimentó una sequedad vaginal tan severa que sentía un ardor continuo en la vulva y los labios vaginales. Los síntomas de Lucy, Laura y Anna eran diferentes, pero todos guardaban relación con la menopausia, y todos estaban afectando al día a día de aquellas mujeres de maneras muy alarmantes. ¡Se sentían completamente abatidas! Y estas tres mujeres no eran ni de lejos las únicas. ¿Sabías que el 75 % de las mujeres tienen síntomas que alteran sus vidas o su capacidad para funcionar durante la perimenopausia y la posmenopausia (y que esos síntomas suelen durar años)? Eso son millones de mujeres. Muchas se sienten totalmente desconcertadas, angustiadas o enfadadas por esos cambios que alteran su vida y luchan por encontrar un alivio seguro y eficaz.

Esto es especialmente difícil de manejar porque existe mucho ruido informativo acerca de esta fase de la vida de las mujeres. Nos vemos bombardeadas constantemente con mensajes sobre lo que es normal o no durante la transición a la menopausia, y sobre lo que debemos hacer o no respecto a los síntomas (además, por ahí corre mucha crítica contra la menopausia, sobre todo en internet). El problema es que algunos de esos consejos carecen de pruebas científicas que los respalden o que refuten las afirmaciones que se vierten. Y, francamente, encontramos un montón de disparates que se difunden a través de diversas redes sociales y anuncios de productos específicos. Por tanto, es importante (aunque no resulte fácil) acabar con los mitos, los cuentos de viejas, las medias verdades y las promesas de charlatanes, y centrarnos en lo que realmente ocurre con tus síntomas y lo que podría ayudarte.

Para empeorar la situación, el sistema sanitario no ayuda. En la mayoría de los consultorios, los médicos y las enfermeras no han preparado adecuadamente a las mujeres para la menopausia ofreciéndolo

les información básica sobre algunos de los síntomas y los cambios que pueden experimentar, o cuánto podrían durar. En la actualidad no existe una evaluación de la perimenopausia en la que un médico realiza una revisión a la mujer y le propone una estrategia respecto a lo que cabe esperar en el manejo de los síntomas relacionados con la menopausia, como se hace antes de una cirugía, por ejemplo. Muchas mujeres todavía son reacias a hablar con sus médicos de atención primaria sobre sus síntomas de la menopausia, ya sea porque se sienten avergonzadas, porque creen que deben ser fuertes y aguantar, o porque sus médicos no les hacen mucho caso cuando surge el tema. Las razones de esa falta de interés son variadas, pero las investigaciones han demostrado que la formación sobre la menopausia y cómo gestionarla resulta penosamente insuficiente en las facultades de Medicina y en los programas de residencia. Así, no es de extrañar que muchas mujeres que sufren graves molestias a causa de la menopausia reciban de sus médicos respuestas como «No hay nada que hacer», «Tendrás que esperar a que pase; al final se pasará» o el increíble «En las generaciones anteriores, muchas mujeres no llegaban a la menopausia, así que no existe mucha investigación sobre ella».

Quiero que sepas que no tiene por qué ser así. Voy a ayudarte a cultivar un sentido de control sobre el caos físico y mental que posiblemente estés experimentando, y lo haremos sin caer en tratamientos falsos, sin que te tires de los pelos (o que se te caiga más), sin gastar una fortuna y sin ir probando de médico en médico. Con este libro te pondremos al volante de esta experiencia y te guiaremos para que recuperes tu bienestar. El primer paso en este viaje consiste en identificar tu tipo personal de menopausia, un enfoque único que he desarrollado basándome en seis patrones distintos observados a lo largo de mis años de experiencia clínica. Utilizando estos tipos resulta más sencillo precisar cuáles de tus síntomas son prioritarios para obtener alivio y desarrollar un plan de tratamiento que empezará a darle la vuelta a la tortilla. Al tratar y realizar un seguimiento a más de mil mujeres en mi consulta, he identificado los siguientes tipos de menopausia:

- *El tipo de menopausia prematura*, que se produce antes de los cuarenta años, tiende a llegar acompañado de una sorprendente y casi siempre abrupta oleada de síntomas como sofocos, sudores nocturnos, cambios de humor, niebla mental, sequedad vaginal y disminución del deseo sexual.
- *El tipo de menopausia repentina*, que suele ser consecuencia de una operación o de quimioterapia (pero puede ocurrir por otras razones, como verás), casi siempre supone una conmoción para el sistema de la mujer con su llegada y su intensidad.
- *El tipo de menopausia desbocada*, que se distingue por síntomas diversos y a menudo muy intensos, que llegan desde casi todos los frentes, puede ser absolutamente abrumador y, en algunos casos, seriamente debilitante.
- *El tipo de menopausia que altera la mente* implica principalmente cambios de humor y cognitivos: por ejemplo, ansiedad, depresión, cambios de humor muy acusados, niebla mental, dificultades de concentración y problemas de memoria.
- *La menopausia que parece no tener fin* se caracteriza por uno o dos síntomas (como sofocos ocasionales, sequedad vaginal persistente o falta de libido, o síntomas menos frecuentes como mareos o alteraciones olfativas) que duran, y duran... y duran.
- *El tipo de menopausia silenciosa*, en el que casi no hay síntomas, pero que exige prestar atención a los nuevos retos y riesgos para la salud que surgen después de la menopausia: con síntomas menopáusicos o sin ellos, el cuerpo está cambiando debido a la bajada hormonal.

En los capítulos siguientes aprenderás mucho más sobre cada uno de estos tipos de menopausia. Las experiencias de muchas mujeres coincidirán con un tipo en particular; otras mujeres pueden experimentar una combinación de tipos (un híbrido, por así decirlo). En cualquier caso, mi enfoque tipológico único te permite determinar tu colección personal de síntomas de la menopausia a fin de desarrollar un plan de tratamiento que te ayude a sentirte mejor lo antes

posible. Según mi experiencia clínica, cuando las mujeres descubren que tienen un determinado tipo de menopausia o un híbrido se sienten vistas, escuchadas y comprendidas (¡y no solas!). Además, les da un nombre a lo que están experimentando y esto, a su vez, aporta un sentido de orden a una experiencia aparentemente difícil de manejar. En conjunto, supone un gran alivio. Y, lo que tal vez sea más importante, cuando sabes a qué te enfrentas, puedes desarrollar un plan que se adapte a *tus* síntomas personales y que te pueda funcionar a *ti*. Seamos realistas: la experiencia con la menopausia de tu madre, tu hermana, tu vecina o tu mejor amiga probablemente será muy diferente a la tuya y, por tanto, lo que les ayudó a ellas podría no servirte a ti. Esto te concierne solo a *ti*, y eso es muy positivo, como verás más adelante.

La medicina personalizada (también conocida como *medicina de precisión*) es la tendencia del futuro, y mi enfoque para ayudar a las mujeres a transitar por la menopausia funciona dentro de este marco. Pero en este caso no vamos a utilizar el perfil genético individual ni biomarcadores específicos para guiar las decisiones respecto al cuidado de cada mujer (aunque puede que algún día sea posible, ¡y sería increíble!). En este momento trabajamos con el conjunto personal de síntomas y su severidad, el historial y el estado de salud actual, así como las preferencias y los objetivos personales para dar forma al plan de tratamiento. El enfoque del tipo de menopausia es reactivo y proactivo porque aborda los síntomas actuales de la mujer y también tiene en cuenta sus posibles riesgos de salud en el futuro y las correspondientes medidas preventivas. Lo mejor de todo es que implica una combinación única de intervenciones médicas y modificaciones del estilo de vida.

LA FISIOLÓGÍA DE LA MENOPAUSIA

Antes de entrar en detalles sobre los diferentes tipos de menopausia y sus planes de tratamiento recomendados, permíteme un breve recor-

datorio sobre lo que ocurre en tu cuerpo y hace que se desencadenen los cambios que estás experimentando. A medida que te acercas a la menopausia, tus ovarios (que producen la mayor parte de los estrógenos) reducen la marcha y se dirigen hacia la jubilación. Cuando te encuentras en la fase de la vida en la que todavía tienes la regla, tus niveles de estrógenos fluctúan entre 50 y 500 pg/mL cada mes. En la menopausia, que se define como un año completo sin menstruación desde la última regla, esos niveles son prácticamente de cero, aunque algunas mujeres tienen algo de estrógeno extra porque el tejido adiposo (grasa) lo produce. Sí, has leído bien: las células grasas de una mujer producen un poco de estrógeno (antes creíamos que la grasa corporal era una sustancia inerte, pero ahora sabemos que no es así). A lo largo de la transición menopáusica, los niveles de progesterona también disminuyen. De hecho, ahora se cree que la progesterona podría disminuir a un ritmo más rápido que el estrógeno durante la perimenopausia, lo que podría conducir a muchos de los cambios de humor y la ansiedad que se producen en esa etapa. Los niveles de testosterona, que es la hormona del deseo sexual tanto en las mujeres como en los hombres, también disminuyen. La mayoría de los síntomas de la menopausia – sofocos, sudores nocturnos, cambios de humor y sequedad vaginal, entre otros – se deben a la pérdida de estrógenos, mientras que la disminución de la libido puede ser el resultado de la pérdida de testosterona.

Los receptores de estrógeno están repartidos por todo el cuerpo de la mujer, aunque la mayor concentración se encuentra en la vagina y en el cerebro, por este orden. Así, cuando el estrógeno ya no está presente después de la menopausia, esos receptores de estrógeno continúan buscándolo. Cuando no encuentran a su viejo amigo, los receptores se vuelven locos: vendría a ser como apagar y encender un termostato una y otra vez. Creemos que los sofocos se deben a esa alteración, igual que algunos efectos derivados como los cambios de humor y los cambios cognitivos. En otras palabras, ese efecto de encendido y apagado es lo que puede hacerte sentir que tu cuerpo y tu mente ya no son tuyos. Es cierto que, con el tiempo, tu cuerpo se adaptará a esos niveles hormonales más bajos y los síntomas perde-

rán intensidad, pero este periodo de encendido y apagado puede durar varios años.

Los investigadores y los expertos en menopausia no saben con certeza por qué los síntomas son más severos en unas mujeres que en otras. La hipótesis actual es que tiene mucho que ver con factores genéticos, y también con factores ambientales que podrían «encender» o «apagar» genes específicos (no solo influencias que proceden de tu madre, sino también las que vendrían de la familia del padre, o incluso de parientes de segundo o tercer grado). Durante esta etapa de la vida, algunas mujeres están programadas para tener receptores más persistentes en la «búsqueda» del estrógeno que falta, y eso provoca síntomas (como los sofocos) más severos o duraderos. Por el contrario, otras mujeres presentan una predisposición genética a que sus receptores de estrógeno abandonen la búsqueda, por lo que experimentan menos síntomas. El hecho de que la genética parezca desempeñar un papel significativo debería quitarte de encima la sensación esa de «¿Qué estoy haciendo mal?», porque tus síntomas probablemente no se deban a nada que hagas o dejes de hacer. De todos modos, eso no significa que no puedas tomar medidas para aliviarlos, como descubrirás en capítulos posteriores.

Retrocedamos unos pasos y consideremos el periodo intermedio: la perimenopausia y las etapas posteriores de la transición menopáusica. La perimenopausia, que es como un largo puente colgante de superficie irregular, conduce a la mujer desde sus años reproductivos hasta la menopausia. Los síntomas de la transición se acercan sigilosamente y pillan por sorpresa a muchas mujeres. Existen mujeres de cuarenta años que ni siquiera han oído la palabra *perimenopausia*, de modo que esos síntomas perturbadores aparecen de repente y las llevan a pensar que están viviendo una especie de experiencia extracorporal. «Pero ¿qué es esto?», se preguntan. Y dado que esas mujeres continúan menstruando en su mayoría, no relacionan los cambios hormonales y fisiológicos (por ejemplo, periodos irregulares, sofocos, sudores nocturnos y sequedad vaginal) con los cambios emocionales que experimentan.

No podría decir cuántas mujeres han acudido a mí diciendo cosas como «Cuando tuve mi primer sofoco, pensé que era fiebre y que me estaba poniendo enferma» (en 2020 y principios de 2021, muchas mujeres acudieron a hacerse la prueba de COVID-19 y se confinaron hasta que obtuvieron sus resultados). He oído esas palabras tanto en mujeres en puestos de mucha responsabilidad como en las que trabajaban en tiendas y restaurantes de comida rápida.

No hace mucho leí un artículo en el que algunas famosas compartían sus experiencias con la transición a la menopausia.¹ Me resultó especialmente interesante la experiencia de la actriz Kim Cattrall. En su papel de Samantha Jones en *Sexo en Nueva York*,² tuvo que fingir que sufría sofocos sin haberlos experimentado todavía en la vida real. Irónicamente, pensó que la experiencia interpretativa la había preparado para los sofocos reales, pero no fue así. Dos años más tarde, su experiencia resultó ser bastante más dramática, ya que durante sus sofocos sentía que «la tierra temblaba..., como si me metiesen en una cuba de agua hirviendo».

Lo creas o no, los síntomas de la perimenopausia pueden empezar diez años antes de la última menstruación. La mayoría de las mujeres llegan a la menopausia entre los cuarenta y los cincuenta y ocho años; según la Sociedad Norteamericana de la Menopausia (NAMS, por sus siglas en inglés), la edad media se sitúa en los cincuenta y uno.³ Durante la perimenopausia, las hormonas de la mujer viven en una auténtica montaña rusa. En concreto, las grandes oscilaciones en los niveles de estrógeno – de altos a bajos y vuelta a empezar – pueden irritar el cerebro. En pocas palabras, parece que el cerebro femenino prefiere un nivel de hormonas estable, motivo por el que algunas mujeres experimentan el síndrome premenstrual (SPM) o incluso el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) cuando sus hormonas reproductivas fluctúan cada mes con sus ciclos menstruales. Mientras la mujer continúa menstruando, los niveles de estrógeno y progesterona suben y bajan en un patrón bastante predecible que se asemejaría más a colinas ondulantes. Durante la perimenopausia, estas fluctuaciones hormonales se convierten en picos y valles más agudos y

esporádicos. El cerebro puede verse en serias dificultades con estos cambios drásticos, y por eso muchas mujeres experimentan ansiedad, irritabilidad, insomnio y otros cambios relacionados con el estado de ánimo.

Para complicar las cosas, dado que la transición de la perimenopausia puede durar de cuatro a diez años, no siempre resulta sencillo establecer en qué punto del serpenteante viaje te encuentras. Antes de sumergirnos en lo que realmente ocurre entre bastidores, es importante entender las claves de la transición menopáusica. Es probable que hayas oído hablar del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), que es el sistema central de respuesta al estrés del cuerpo; es lo que conduce a la liberación de cortisol, la hormona del estrés, cuando ocurre algo estresante. Puede que no estés tan familiarizada con el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal (HHG), un sistema estrechamente regulado que segrega hormonas implicadas en la reproducción femenina (recuerda que tanto el hipotálamo como la hipófisis se encuentran en el tronco encefálico).

Cuando el eje HHG funciona correctamente, el cuerpo de la mujer tiene ciclos menstruales mensuales, que incluyen la ovulación y la preparación del tejido uterino para la posible implantación de un óvulo fecundado. Si no se produce la concepción en un ciclo determinado, el revestimiento del útero se desprende y la mujer tiene la regla. Cuando el eje HHG no funciona correctamente, la ovulación no se produce de forma regular. Aquí es donde entra en juego la transición menopáusica: durante la perimenopausia, el eje HHG comienza a fallar y, finalmente, su actividad se detiene cuando la mujer experimenta la menopausia. En ese momento, el cerebro reconoce que el eje HHG no está proporcionando las hormonas que quiere (es decir, estrógeno), y por eso recurre en muchos casos al eje HHA y activa las glándulas suprarrenales. Sin embargo, dado que las glándulas suprarrenales no tienen estrógeno, en su lugar pueden liberar cortisol, que es capaz de contribuir a los síntomas relacionados con la menopausia o empeorarlos, como el acné, la irritabilidad, la falta de libido y la ralentización del metabolismo.

En este contexto entran en juego las «etapas de la menopausia».⁴ ¿Sabías que existen tales etapas? Llevan tiempo entre nosotras y se han ido perfeccionando poco a poco. En 2011, un grupo internacional de expertos revisó los criterios de las diferentes etapas de la perimenopausia y la menopausia establecidos diez años antes en el Taller sobre las Fases del Envejecimiento Reproductivo (STRAW, por sus siglas en inglés). Al modificar el sistema de clasificación de las etapas, el grupo de 2011 (que pasó a ser conocido como *STRAW+10*)⁵ revisó los avances en el conocimiento de los cambios fundamentales en el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal que se producen antes y después de la última regla de una mujer. Esto es importante porque en realidad existen varias fases en el periodo previo al final –no precisamente apoteósico– de la menstruación (en realidad, se trata más bien de una extinción), con numerosas variaciones individuales respecto al momento en que se producen las etapas, su duración y la sensibilidad de cada mujer a los cambios hormonales que se desencadenan.

Veamos cómo transcurren las distintas etapas:

- *Etapas reproductiva tardía (etapas -3b y -3a)*: Una especie de pretransición antes de la perimenopausia, es la etapa final de los años reproductivos, un momento en el que la fertilidad empieza a decaer y la capacidad de la mujer para tener un bebé disminuye considerablemente. Podrías empezar a ver cambios sutiles en el volumen y la frecuencia del sangrado menstrual, con ciclos más cortos en la etapa -3a.
- *Transición menopáusica temprana (etapa -2)*: Durante esta fase, la duración del ciclo menstrual de la mujer pasa a ser irregular y comienza a variar en siete o más días de un ciclo a otro. El cuerpo produce estrógeno, pero menos progesterona. Durante esta etapa, que puede durar un tiempo impredecible, puedes experimentar un aumento de la irritabilidad debido a la disminución de los niveles de progesterona y síntomas similares a los del SPM. Los patrones de sangrado pueden variar.

- *Transición menopáusica tardía (etapa -1)*: Durante esta etapa, es posible que la regla falte algún mes, con sesenta o más días sin menstruación. Además de la variabilidad en la duración del ciclo menstrual, puedes experimentar fluctuaciones extremas en los niveles hormonales (incluyendo estrógeno y progesterona), y los ciclos en los que no ovulas podrían ser frecuentes (son los denominados *ciclos anovulatorios*). En general, experimentarás una disminución de estrógenos, pero a la vez también pueden darse fluctuaciones drásticas en los niveles hormonales, incluyendo estrógeno, progesterona y testosterona. Los síntomas vasomotores, como los sofocos, son comunes durante esta etapa, cuya duración estimada es de entre uno y tres años por término medio.
- *Posmenopausia temprana (etapas +1a, +1b, +1c)*: Estas etapas se producen al menos un año después de la última menstruación de la mujer (por tanto, corresponde al final de la *perimenopausia*). Durante ellas, el estrógeno y la progesterona descienden a niveles muy bajos, mientras que los niveles de la hormona foliculoestimulante (FSH, que es la que indica a los ovarios que liberen un huevo, es decir, que ovulen, cada mes durante los años reproductivos de la mujer) continúan aumentando durante dos años más aproximadamente. La etapa +1a marca el final del periodo de doce meses desde la última regla de la mujer; la etapa +1b también dura un año, y al final de ese periodo los niveles de FSH se estabilizan. Durante estas fases existe mayor probabilidad de que los síntomas vasomotores, como sofocos y sudores nocturnos, se produzcan o empeoren. Durante la etapa +1c, que puede durar de tres a seis años, los niveles hormonales tienden a estabilizarse todavía más a niveles ultrabajos.

Posmenopausia tardía (etapa +2): Durante esta fase, los cambios hormonales y en la función endocrina reproductiva son más limitados. No obstante, algunos de los procesos relacionados con el envejecimiento reproductivo pasan a ser más preocupantes. Los síntomas de sequedad vaginal (incluyendo picor e irritación) y la atrofia urogenital

(un término aterrador para los cambios que se producen en los tejidos de la vulva, la vagina, la vejiga y la uretra debido a la disminución de los niveles de estrógenos) cobran mayor protagonismo. Estos cambios pueden provocar dolor durante el coito, infecciones urinarias recurrentes, frecuencia y urgencia urinarias y otros cambios anatómicos, como el prolapso de órganos pélvicos. Los cambios que se producen en el suelo pélvico se denominan ahora *síndrome genitourinario de la menopausia* (o SGM), un término muy rimbombante que describe el conjunto de los cambios que ocurren en la vulva, la vagina, el perineo, la vejiga y la uretra.

¿QUÉ HAY EN UN NOMBRE?

Resulta muy habitual confundir los términos empleados para describir esta transición reproductiva en la vida de la mujer. En parte se debe a que en ocasiones se usan indistintamente, cuando en realidad son entidades diferenciadas o con definiciones específicas. Veamos lo que significan realmente:

1. *Perimenopausia*: Periodo de tiempo que precede a la menopausia, una transición que puede durar de cuatro a diez años.
2. *Menopausia*: Momento en el que ha pasado un año completo sin tener la regla. Es un acontecimiento retrospectivo, ya que la mujer no sabrá cuándo se producirá su último periodo hasta que hayan pasado doce meses sin menstruar. Algunas mujeres no pueden basarse en la menstruación como indicador (por ejemplo, si se han sometido a una histerectomía o a una ablación endometrial, o si llevan un DIU hormonal de progesterona), de modo que tienen que recurrir a analíticas que muestren un nivel de FSH superior a 35 mU/mL y un nivel de estradiol inferior a 20 pg/mL como indicador de su entrada en la posmenopausia.

3. *Transición a la menopausia*: Periodo de tiempo comprendido entre la perimenopausia y el último periodo menstrual. En el caso de algunas mujeres puede durar hasta una década. Pien- sa que es como una forma amplia de describir el comienzo de la vorágine que continuará hasta tu última menstruación.
4. *Menopausia prematura*: Es la menopausia que se produce antes de los cuarenta años por una u otra razón, incluidos los trastornos genéticos (por ejemplo, el síndrome de Turner).⁶
5. *Menopausia precoz*: Menopausia que se produce entre los cuarenta y los cuarenta y cinco años. Las investigaciones han descubierto que las mujeres que nunca han estado em- barazadas o han dado a luz tienen bastantes más probabi- lidades de presentar una menopausia prematura o precoz. Ocurre lo mismo con aquellas que tuvieron su primera regla a una edad temprana (antes de los once años). Además, las mujeres que padecen enfermedades autoinmunes⁷ —como artritis reumatoide, lupus o ciertos trastornos tiroideos— pueden tener una menopausia precoz.
6. *Insuficiencia ovárica prematura (IOP)*: Trastorno en el que los ovarios dejan de producir óvulos antes de los cuarenta años, lo que también significa que ya no producen suficien- te estrógeno.
7. *Baja reserva ovárica (BRO)*: Se trata de una afección por la que los ovarios pierden su potencial reproductivo normal, comprometiendo así la fertilidad. Se puede deber a un pro- ceso normal de envejecimiento, pero también a una enfer- medad o lesión. Normalmente se descubre cuando una mu- jer intenta quedarse embarazada.
8. *Menopausia quirúrgica*: Menopausia provocada por la extir- pación quirúrgica de los dos ovarios (si solo se extirpa uno, no es menopausia quirúrgica porque el otro ovario puede seguir funcionando).
9. *Menopausia natural*: Menopausia que se produce de mane- ra espontánea o sin ninguna intervención a partir de los

cuarenta y seis años. Se debe a la pérdida de folículos activos en el tejido ovárico y a la disminución natural de la producción de estrógenos.

10. *Menopausia inducida por medicamentos*: Es la menopausia debida a un cese de la función ovárica inducida por medios médicos, casi siempre quimioterapia, que mata las células del tejido ovárico provocando que se dividan rápidamente, o por agentes alquilantes (también utilizados en el tratamiento del cáncer). Otros fármacos que pueden provocar que la menopausia se adelante son el metotrexato (empleado para tratar la artritis reumatoide), el uso prolongado de metilprednisolona (para el tratamiento del lupus, la esclerosis múltiple⁹ y otras enfermedades inflamatorias) y la terapia con GnRH (para tratar la endometriosis o los fibromas); además, la radiación en la zona pélvica puede alterar el momento de la aparición de la menopausia.
11. *Posmenopausia*: Periodo de tiempo que sigue al día del primer aniversario sin la menstruación y que se prolonga en el futuro; en otras palabras, todos los días después de la menopausia.

Debo confesarlo: me horrorizo cuando oigo decir a las mujeres que están «hartas de la menopausia» o que «ya la han tenido», porque esas afirmaciones no tienen sentido. Del mismo modo, decir que «has llegado a la menopausia» no es exacto porque no existe un punto final o un destino; técnicamente, la menopausia es un hito en un día concreto porque señala un año desde el último periodo. Lo importante es reconocer que una vez que se ha llegado a la posmenopausia, tu cuerpo siempre será diferente del que era antes, y eso es cierto con independencia del tipo (o tipos) de menopausia que tengas. Es así incluso si nunca experimentas síntomas relacionados con la menopausia (es decir, que tienes el tipo de menopausia silenciosa). Por tanto, abróchate el cinturón porque te espera un viaje largo y, posiblemente, lleno de baches!

Sea cual sea la etapa en la que se encuentren tus síntomas, tener una hoja de ruta, aunque sea algo imprecisa, puede ayudarte a identificar lo que ocurre ahora y lo que puedes esperar con vistas al futuro. Eso te ayudará a tomar decisiones más informadas sobre las intervenciones. La realidad es que la hoja de ruta de cada mujer es un poco distinta. Y aunque el modelo STRAW+10 presenta un marco útil para la progresión de los cambios relacionados con la menopausia, las experiencias de las mujeres en la vida real pueden variar considerablemente. La investigación ha descubierto que, en lugar de seguir una progresión lineal ordenada, algunas mujeres se saltan una etapa concreta (o varias). Otras se estancan en una fase durante un tiempo sorprendentemente largo, mientras que otras van y vienen entre etapas específicas. Y algunas mujeres tienen periodos regulares hasta que acaban de manera repentina y misteriosa, casi como si un día se cerrase el grifo para siempre. En resumen, la trayectoria desde los años reproductivos hasta la menopausia no es necesariamente uniforme o predecible.

No existe un abordaje único de gestión de la menopausia que sirva para todas las mujeres, y eso se debe a que estas tienen diferentes experiencias menopáusicas, objetivos de salud y prioridades personales para aliviar los síntomas. Cada mujer experimenta diferentes combinaciones de síntomas, y es imposible prever quién experimentará cuáles. Casi a diario, veo a muchas mujeres con patrones de síntomas menopáusicos muy diferentes. Veamos los ejemplos de dos pacientes que traté no hace mucho, con experiencias contrapuestas y que resultaron tener dos tipos de menopausia totalmente diferentes.

Cuando Nancy, una profesora de historia de cincuenta y cuatro años, acudió a mí quejándose de confusión, niebla mental y depresión, tenía problemas para organizarse en el trabajo y a veces perdía las tareas de sus alumnos. En pocas palabras, sentía que se estaba volviendo loca. Durante nuestra cita quedó claro que tenía el tipo de menopausia que altera la mente. Para estimular el estado de alerta le recomendé que redujera el consumo de carbohidratos ricos en almidones, que aumentase la ingesta de proteínas y que realizase ejercicio

aeróbico todos los días, aunque solo fuese un paseo de veinte minutos a paso rápido. También le receté Wellbutrin (un antidepresivo con propiedades estimulantes). En dos meses recuperó su capacidad de concentración y la productividad, y su estado de ánimo mejoró.

En cambio, Erin, una asistente médica en cirugía ortopédica de cuarenta y nueve años, sufría hasta treinta sofocos severos al día y sudores nocturnos que la dejaban empapada y perturbaban su descanso. Su tipo de menopausia desbocada era tan intensa que los sofocos hacían que se le empañaran las gafas durante las cirugías, lo que le impedía ejercer su trabajo de manera segura (sí, sí..., ¡uff!). Con la ayuda de la terapia hormonal, la reducción del consumo de cafeína y otros estimulantes, y ejercicios de relajación por la tarde, sus síntomas mejoraron considerablemente.

Como estarás empezando a observar, el inicio y la duración de la transición menopáusica también pueden variar mucho de una mujer a otra. Una mujer nace con todos los folículos (bolsas de óvulos) que va a tener, y la velocidad a la que se deterioran a lo largo de su vida influye en la llegada de la menopausia. Dado que los folículos ováricos son células que se dividen rápidamente, son muy susceptibles de sufrir daños por factores ambientales y médicos. Así pues, aunque el índice de masa corporal (IMC), el origen étnico y los factores genéticos de una mujer pueden influir en el momento de la transición a la menopausia, los factores relacionados con el estilo de vida también pueden influir en el momento de la llegada del «cambio».

En particular, el tabaquismo puede avanzar la perimenopausia o la menopausia con respecto a lo que estaba programado genéticamente. Tanto las fumadoras como las exfumadoras corren el riesgo de tener una menopausia más temprana, y en eso influyen la intensidad, la duración, la dosis acumulada y el inicio más temprano del tabaquismo. Las investigaciones⁹ han descubierto que las fumadoras desde hace quince o más años presentan un riesgo quince veces mayor de menopausia prematura y seis veces mayor de que la menopausia les llegue uno o dos años antes que las no fumadoras. La exposición continuada al humo pasivo también se asocia con una

llegada más temprana de la menopausia, incluso entre mujeres no fumadoras.

Mientras tanto, la exposición a otras sustancias químicas, especialmente a los disruptores endocrinos (DE) – capaces de imitar, bloquear o interferir con las hormonas del cuerpo, incluidos los estrógenos –, se ha relacionado con una llegada más temprana de la menopausia.¹⁰ Los culpables químicos que entran en esta problemática categoría de DE son las dioxinas (contaminantes orgánicos persistentes, lo que significa que permanecen en el medioambiente), los bifenilos policlorados (PCB, que ya no se producen en muchos países, pero que también permanecen en el medioambiente), los pesticidas, los ftalatos (que se utilizan para ablandar plásticos y en productos de cuidado personal) y el ácido perfluorooctanoico (PFOA), que se utiliza en utensilios de cocina antiadherentes y antimanchas. Estos químicos están en todas partes en el mundo moderno, pero eso no significa que no puedas tomar medidas para minimizar o mitigar tu exposición a ellos (lo veremos más adelante).

La razón por la que el momento es importante es porque las mujeres que entran en la menopausia a una edad más tardía tienen menos riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y muerte prematura, y eso es una gran noticia. Por otro lado, las mujeres que entran en la menopausia a una edad más temprana corren un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y osteoporosis, y de morir jóvenes, pero podemos tomar medidas (gracias a la terapia hormonal, por ejemplo) para reducir esos riesgos y ayudar a esas mujeres a llevar una vida larga, sana y dinámica.

Por supuesto, existen diversos factores genéticos que también pueden influir en el momento de la aparición de la menopausia, aunque no existe un consenso al respecto. Sin embargo, la investigación ha descubierto algunas diferencias en la gravedad de los síntomas durante la transición a la menopausia en mujeres de distintos grupos étnicos. Por ejemplo, las mujeres afroamericanas perimenopáusicas presentan el doble de probabilidades de sufrir sofocos y sofocos severos que las caucásicas, mientras que las mujeres hispanas son más

propensas a los cambios de humor, la falta de energía, las palpitaciones y la sensibilidad en los senos que las caucásicas.¹¹ Las razones de estas variaciones no se comprenden del todo, y el motivo es este: la menopausia no solo está poco investigada en general, sino que además la mayoría de las investigaciones se centran en mujeres caucásicas. Y eso no está bien. Es muy importante entender cómo afecta la menopausia a las mujeres de todas las razas y etnias, y es preciso investigar más en estas áreas.

Mientras tanto, otros factores pueden influir en la *intensidad* de los síntomas de una mujer durante la transición menopáusica. Por ejemplo, las que toman fármacos quimiopreventivos (como tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de la aromatasas) para reducir el riesgo de cáncer (porque presentan un riesgo elevado) o prevenir una recidiva (si ya han tenido) podrían padecer unos síntomas menopáusicos más intensos, sobre todo los sofocos. Asimismo, el uso prolongado de esteroides (para tratar un trastorno del tejido conjuntivo, un trastorno autoinmune, asma u otra enfermedad) podría empeorar los síntomas, especialmente los sofocos, en algunas mujeres durante la transición.

En mi opinión, las afectadas disponen únicamente de los datos imprescindibles en lo que respecta a la información sobre la transición menopáusica y lo que cabe esperar en esa etapa. No debería existir una brecha entre lo que saben los sanitarios (o *deberían* saber) sobre los últimos capítulos de la vida reproductiva de las mujeres y la información a la que tienen acceso aquellas que los protagonizan. Sin embargo, existe. Y es algo totalmente inaceptable, porque se trata de tu cuerpo y deberías estar equipada con el conocimiento y las herramientas que necesitas para cuidarlo como es debido. En lugar de sentirte como si estuvieras en un tren fuera de control, mi objetivo es que ocupes el asiento de conductora en este viaje. En lugar de sentirte angustiada o debilitada por tus síntomas, quiero que te sientas empoderada para tomar las riendas de tu salud mientras transitas por esta etapa de duración indeterminada y niveles hormonales erráticos. Esto es muy importante, porque el trato que des a tu cuerpo durante

la transición menopáusica puede influir en tu salud durante décadas (para bien o para mal).

(Nota: Independientemente del momento de la transición menopáusica en el que te encuentres, escribir un diario y utilizarlo para hacer un seguimiento de tus síntomas día a día, con sus fluctuaciones, puede ayudarte a pronosticar tu tipo de menopausia y a desarrollar una mayor conciencia corporal que te ayude en la transición. Si todavía no escribes un diario, te animo a que empieces ahora. En el apéndice encontrarás un ejemplo).

Recuerda: la experiencia de la menopausia es una parte natural de la vida reproductiva de la mujer, igual que la pubertad. Para muchas mujeres, a medida que aumenta la esperanza de vida, *más de la mitad de su existencia* transcurrirá en un estado posmenopáusico, es decir, que les quedará *mucho* por vivir. Merecen encontrar alivio para los molestos síntomas de la menopausia, y no solo para que se sientan lo mejor posible, sino para vivir sus mejores años en esa etapa. *¡Tú también lo mereces!*

Confía en mí, porque en mi clínica ayudo a mujeres a conseguirlo día tras día, semana tras semana, con un enfoque personalizado único que les ayuda a sortear y gestionar la serie de síntomas físicos y emocionales que experimentan. Ahora te toca a ti. Al leer y utilizar este libro podrás forjar tu propio camino para sentirte mejor y proteger tu salud con mayor eficacia a largo plazo en los años de la posmenopausia. No estaré contigo en persona, pero sí en espíritu, y te guiaré con mis palabras en cada paso del camino.