

la nueva meno. pausia

Todo lo que necesitas
saber para transitar
(y disfrutar) tu cambio
hormonal con poder,
plenitud y evidencia
científica

Bestseller #1 de
The New York Times

Dra. Mary Claire Haver

zenith

DRA. MARY CLAIRE HAVER

LA NUEVA MENOPAUSIA

Todo lo que necesitas saber para transitar
(y disfrutar) tu cambio hormonal con poder,
plenitud y evidencia científica

zenith

Nota: Este libro debe interpretarse como un volumen de referencia. La información que contiene está pensada para ayudarte a tomar decisiones adecuadas respecto a tu salud y bienestar. Ahora bien, si sospechas que tienes algún problema médico o de otra índole, la autora y la editorial te recomiendan que consultes a un profesional.

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.

Título original: *The New Menopause*

Primera edición: enero de 2025

© Dra. Mary Claire Haver, 2024

Todos los derechos reservados, incluido el derecho de reproducción total o parcial en cualquier formato.

Esta edición se publica por acuerdo con Rodale Books, un sello de Random House, una división de Penguin Random House LLC

© de la traducción, Remedios Diéguez Diéguez, 2025

© Editorial Planeta, S. A., 2025

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

Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

www.zenitheditorial.com

www.planetadelibros.com

ISBN: 978-84-08-29661-4

Depósito legal: B. 21.441-2024

Fotocomposición: Black Print

Impreso en España - Printed in Spain



SUMARIO

Carta a las lectoras.....	9
PRIMERA PARTE: HISTORIA DE LA MEDICINA DE LA MENOPAUSIA	
1. No está todo en tu cabeza.....	17
2. El complicado pasado y la naturaleza confusa del tratamiento de la menopausia.....	33
3. Se produce un cambio trascendental.....	43
4. Juntas estamos cambiando la menopausia.....	57
SEGUNDA PARTE: TE PRESENTO A LA MENOPAUSIA (O TODO LO QUE TU MÉDICO OLVIDÓ EXPLICARTE SOBRE LA MENOPAUSIA)	
5. Las tres etapas finales del cambio reproductivo: perimenopausia, menopausia y posmenopausia.....	71
6. Qué le ocurre a tu cuerpo durante la menopausia.....	91
7. Todo lo que querías saber sobre la terapia hormonal.....	119
8. Prepárate para la cita con el médico.....	153
TERCERA PARTE: SÍNTOMAS Y SOLUCIONES	
9. Conductas diarias que favorecen la salud en la menopausia.....	177
10. Kit de herramientas para la menopausia: sección de recursos en función de los síntomas.....	191
Recursos útiles sobre la menopausia	321
*Apéndice a: Declaraciones y estadísticas actualizadas sobre el uso de la terapia hormonal para la menopausia.....	323
*Apéndice b: Hoja de puntuación de síntomas de la menopausia (Escala de GREENE)	327
*Apéndice c: Diario de sofocos y síntomas	329

Bibliografía seleccionada 333

Agradecimientos 361

Índice analítico y de nombres..... 365

CAPÍTULO 1

NO ESTÁ TODO EN TU CABEZA

«Conocemos nuestro cuerpo; sabemos cuándo ha cambiado algo físicamente.»

«A los 47 años, un ginecólogo me dijo que la perimenopausia no es real y me preguntó si iba al psiquiatra.»

«Mi antiguo médico me dijo que las mujeres utilizamos la menopausia como excusa para engordar y que no es real.»

«Me dijeron que está todo en la cabeza.»

«Bienvenida a tu nueva normalidad.»

«Es desalentador que no te tomen en serio.»

«Consulté a mi ginecóloga sobre la perimenopausia y los cambios de humor, el deseo sexual. Me ignoró y me dijo que era demasiado joven para la menopausia.»

«Las migrañas son un síntoma nuevo. Solo las he tenido unas pocas veces, pero eran debilitantes. Mi médico me sugiere que tome paracetamol y me acueste. Preferiría abordar la causa y no solo el síntoma.»

«El médico me dijo que no era perimenopausia si no tenía sofocos.»

«Tuve que ir a un ginecólogo obstetra y a tres cardiólogos antes de encontrar uno que me creyera y tuviese conocimiento de que podía estar relacionado con los cambios hormonales.»

«Me enviaron a hacerme un análisis de sangre completo y de tiroides. Todas las pruebas salieron bien, así que no le dieron mayor importancia.»

«Sigo sufriendo.»

Esta es solo una pequeña muestra de los comentarios compartidos en mis redes sociales y en un estudio de investigación sobre las experiencias de las mujeres con los síntomas de la menopausia. El estudio, publicado en el *Journal of Women's Health* en 2023, trataba de comprender qué tipo de apoyo sentía que recibía una paciente de sus profesionales de atención médica (y cómo se podría mejorar ese apoyo). En su inmensa mayoría, las respuestas revelaron una atención deficiente y un apoyo escaso. Muchas pacientes se sentían invalidadas o informaron de que no habían recibido ninguna ayuda ni se les había dado acceso siquiera a información que les permitiese entender la causa de sus síntomas. Mi «encuesta» informal en mis publicaciones en las redes sociales dirigidas a pacientes de ginecología reveló muchos de esos mismos sentimientos. Las mujeres lanzaron afirmaciones como «Mi médico me dijo que no cree en la perimenopausia» o «Me dijeron que es solo una parte natural del envejecimiento, que lo acepte», y describieron cómo se encontraron con una actitud médica de «Bienvenida a tu nueva normalidad». Lamentablemente, estas experiencias no son la excepción, sino la regla. Hay tantos problemas con este tema que ni siquiera sé por dónde empezar, aunque el primero de la lista es el hecho de que esta negación de cuidados y orientación tiene importantes consecuencias médicas. Si una mujer en la perimenopausia o la menopausia no recibe atención de calidad, es una cuestión de vida o muerte. De verdad.

Este es el motivo: tus síntomas, que se pueden contar por decenas (incluidos los conocidos sofocos y el no tan conocido hombro congelado), son el resultado directo de la disminución de estrógenos. A mis pacientes, a mis colegas y a mí nos ha sorprendido la investigación emergente que está comenzando a analizar la relación

entre el descenso menopáusico de estrógenos y problemas como la tos crónica, el tinnitus y el vértigo posicional benigno, por citar solo algunos. Se trata de problemas que muchas mujeres atribuyen al «envejecimiento» mientras luchan para que las crean, para obtener ayuda y salir adelante en la que debería ser una etapa poderosa y apasionante de sus vidas.

El estrógeno no es solo una bonita hormona fundamental para las capacidades reproductivas: es responsable de mucho más. Hay receptores de estrógeno en casi todos los sistemas de órganos del cuerpo y, a medida que los niveles descienden, esas células empiezan a perder su capacidad de ayudar a mantener la salud en otras áreas, como el corazón, la función cognitiva, la integridad ósea y el equilibrio del azúcar en sangre, por ejemplo.

La lista es interminable, pero solo en estos ámbitos podemos detectar algunas enfermedades que suelen figurar entre las diez causas principales de muerte entre las mujeres: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Alzheimer y diabetes de tipo 2. Aunque la osteoporosis no figura en esta lista, no deja de ser un motivo de preocupación, ya que una de cada dos mujeres se romperá algún hueso a lo largo de su vida debido a la pérdida ósea provocada por la osteoporosis, y las fracturas de cadera por sí solas se asocian a un aumento del 15-20 % de la tasa de mortalidad en el año siguiente a la fractura. Todo esto significa que los estrógenos protegen la salud de manera amplia y profunda, y que su disminución durante los años de la perimenopausia y la menopausia es una cuestión muy importante que debe tratarse como tal.

En las páginas que siguen te presentaré un recorrido completo de lo que puedes hacer para priorizar tu autocuidado durante esta fase tan importante. Antes de llegar a las estrategias, quiero hacer un alto y ofrecerte alguna información básica sobre las innumerables formas en que se presentan los cambios hormonales y los motivos por los que los síntomas y el sufrimiento resultante se han tratado de manera inadecuada durante tanto tiempo.

Sustitución de estrógenos y envejecimiento

Si eres candidata a la terapia hormonal, su uso puede prolongar tu vida. Un estudio publicado en la revista *Menopause* informó de que una mujer que empieza a tomar estrógenos a los cincuenta años podría vivir hasta dos años más que las mujeres que no lo hacen, y por año se asocia con una disminución del 20 al 50 % de morir por cualquier causa.

MUCHOS SÍNTOMAS, MUY POCO APOYO

Pídeme que pare si ya has oído esto: una paciente entra en un bar... no, en realidad era... una paciente entra primero en la consulta de su médico y *después* en un bar porque le han dicho, *una vez más*, que los síntomas que experimenta desde hace meses, incluso años, son normales o naturales y están asociados al envejecimiento; que son una manifestación de los cambios de humor que simplemente hay que soportar o, lo más insultante de todo, que «está todo en tu cabeza» (no es de extrañar que los índices de consumo de alcohol entre las mujeres hayan subido, aunque no sea una tendencia saludable).

La realidad no tan divertida es que probablemente no solo lo hayas oído, sino que también lo habrás experimentado. La pregunta es: ¿por qué? ¿Por qué puedes ir a un médico en busca de ayuda, explicarle tus síntomas y salir sintiéndote ignorada, sin un diagnóstico y sin esperanza de alivio a la vista?

En medicina nos planteamos esta cuestión en términos de acceso a la atención sanitaria. Es decir, si existe una experiencia ideal para el paciente, ¿cuáles son los obstáculos que impiden que las personas tengan ese tipo de experiencia, en la que el paciente sale de la consulta del médico sintiéndose apoyado, empoderado y equipado con opciones de tratamiento? Veamos cuáles son los obstáculos que impiden este tipo de experiencia.

Falta de concienciación

Uno de los problemas más significativos responsables del tratamiento inadecuado de las mujeres en la transición menopáusica o en la menopausia es la falta de conocimientos sobre su patología, es decir, qué síntomas puede presentar una afección o enfermedad subyacente. Los cambios en los niveles hormonales pueden dar lugar a una serie de síntomas que se manifiestan de forma única en cada paciente, lo que dificulta la identificación, el diagnóstico y el tratamiento.

A los médicos —y a las pacientes— les vendría bien conocer la lista de posibles síntomas, porque va mucho más allá de los sofocos, los sudores nocturnos, la pérdida de densidad ósea y los síntomas genitourinarios. A continuación se enumeran muchos de los síntomas que pueden estar relacionados con la perimenopausia o la menopausia (consulta el kit de herramientas para conocer las estrategias que te ayudarán a tratar estos síntomas).

Acné	Cambios en la tolerancia al alcohol
Ansiedad	Colesterol alto/triglicéridos altos
Apnea del sueño	Crecimiento de vello no deseado (bigote)
Arrugas	Depresión
Artralgia (dolor articular)	Disminución del deseo sexual
Artritis	Dolor durante el coito
Asma	Dolores de cabeza
ATM (disfunción de la articulación temporomandibular)	Dolores musculares
Aumento de peso	Eccema
Boca seca	Enfermedad autoinmune (nueva o empeoramiento)
Caída del cabello	Enfermedad del hígado graso no alcohólica
Cálculos renales	Falta de concentración
Cambios de humor	
Cambios en el ciclo menstrual	
Cambios en la composición corporal/grasa abdominal	

Fatiga	Sarcopenia (pérdida de masa muscular)
Fibromialgia	Sensación de ardor en la boca/lengua
Hombro congelado	Sensación de descarga eléctrica
Hormigueo en las extremidades	Sensación de hormigueo en la piel
Incontinencia	Sensibilidad/dolor mamario
Infecciones del tracto urinario	Sequedad o picor de ojos
Irritabilidad	Sequedad vaginal
Mareos	Síndrome de fatiga crónica
Migrañas	Síndrome del intestino irritable
Niebla mental	Síndrome genitourinario
Olor corporal	Sofocos
Osteoporosis	Sudores nocturnos
Palpitaciones	Tinnitus/acúfenos
Pérdida de densidad cutánea	Trastornos de salud mental
Picor de oídos	Trastornos del sueño
Picores en la piel	Uñas quebradizas
Piel seca	Vértigo
Problemas de memoria	Vientre hinchado
Problemas dentales	
Reflujo ácido/ERGE	
Resistencia a la insulina	

Basta con echar un vistazo a esta lista para darse cuenta del profundo alcance que pueden tener los cambios hormonales, y de que una mujer podría visitar a casi todos los especialistas en busca de un diagnóstico si no se identifica el denominador común de la disminución de estrógenos. Esta es también la razón por la que los síntomas de la menopausia pueden confundirse con síntomas de otras afecciones, lo que conduce a diagnósticos erróneos, o por la que es posible tener más de una causa de síntomas similares (hipotiroidismo y perimenopausia).

Falta de uniformidad de los síntomas

A los profesionales sanitarios les encanta la uniformidad, y la menopausia es una inconformista con una expresión muy individualizada. Aunque los cambios endocrinos son relativamente similares en todas las mujeres, la experiencia sintomática puede ser distinta y diversa. No todas las mujeres experimentarán todos los síntomas que he enumerado, pero la mayoría experimentará algunos. El momento en que una persona presenta los síntomas también puede variar. Los síntomas de la menopausia pueden comenzar en la perimenopausia y durar décadas. Es posible que te veas bombardeada por múltiples síntomas durante la perimenopausia y que acabes navegando sin problemas durante la posmenopausia, o exactamente lo contrario.

En medicina tenemos un dicho: si camina como un pato y habla como un pato, es un pato. Pues bien: ¿qué clase de pato es la menopausia? Depende del día, incluso de la hora y, como demuestran cada vez más pruebas, de muchas otras cosas. La forma en que la menopausia se expresa en tu cuerpo puede depender de la genética; de factores relacionados con el estilo de vida como la dieta, el ejercicio, el tabaquismo y el historial reproductivo, y de influencias como el peso/IMC, el clima, la situación socioeconómica e incluso las creencias y las actitudes culturales en torno a la menopausia.

Falta de un estándar en los criterios de diagnóstico o cribado

Existe una definición médica de la menopausia: el momento en el que la mujer lleva doce meses sin menstruar. Sin embargo, eso significa que en realidad no sabes que estás «ahí» hasta que ha transcurrido ese año. Hasta entonces, a medida que las menstruaciones se vuelven más esporádicas (o más abundantes y frecuentes en algunos casos), te encuentras en un limbo, consciente de que algo está cambiando, pero sin saber cuánto durará la transición. Esa es la etapa perimenopáusica, pero resulta impredecible por definición. Yo la

describo como la «fase del caos». Y no tiene una definición universalmente aceptada ni criterios diagnósticos específicos; en la actualidad no hay ningún análisis de sangre establecido que le indique a tu médico en qué punto exacto del proceso te encuentras. La gran variedad de síntomas cambiantes hace que no exista un diagnóstico específico y claro de la perimenopausia.

Tampoco existe un cribado rutinario de las pacientes. En medicina, los exámenes de salud se utilizan para detectar la presencia de una afección o enfermedad común antes de que aparezcan los síntomas. De ese modo se pueden adoptar estrategias de prevención y otras medidas para mejorar los resultados. Hacemos cribados de hipertensión arterial, determinados tipos de cáncer (como el de cuello de útero, mama y próstata), osteoporosis, depresión y otros. A menudo, esas pruebas se realizan con algún tipo de herramienta o tecnología médica, pero en algunos casos, como la depresión, el cribado exige que el paciente rellene un cuestionario.

No existe un cribado estándar para la perimenopausia, en parte porque no hay cura ni prevención para lo que se avecina: la menopausia no se puede evitar. Sin embargo, sabemos que muchos de los trastornos o las enfermedades que se inician al entrar en la perimenopausia y continúan en la posmenopausia se producen como consecuencia de la disminución de los niveles de estrógenos y otras hormonas sexuales. Un cribado adecuado no solo aliviaría los síntomas y la confusión, sino que también permitiría aplicar medidas preventivas específicas que podrían alargar el buen estado de salud y la esperanza de vida.

Prejuicios y estereotipos de género

Es cierto que la menopausia solo afecta a las personas que tienen órganos reproductores femeninos; sin embargo, a menudo se considera condescendentemente un «problema de mujeres», y los médicos y nuestra cultura rara vez se lo toman en serio. Así, multitud de síntomas muy reales que alteran la vida y la salud se desestiman por considerarlos de naturaleza emocional y psicológica, o se des-

cartan de manera categórica calificándolos de cambios de humor que la paciente debe tolerar o sobrellevar. Por desgracia, no se trata de una tendencia nueva: la situación viene de hace miles de años.

En la mitología griega, las mujeres que ahora sabemos que probablemente estaban experimentando síntomas menopáusicos se describían como afectadas de «melancolía uterina», una característica forma de locura derivada de su útero. Más tarde, el médico griego Hipócrates acuñó el término *histeria* para referirse a una enfermedad imprecisa también originada en el útero que, según él, vagaba por el cuerpo y provocaba síntomas como temblores y ansiedad por la liberación de gases tóxicos. Ojalá estuviese inventándome estas cosas (si quieres saber más sobre la historia de la salud femenina, consulta el fantástico libro *Enfermas*, de Elinor Cleghorn).

Aunque Hipócrates practicó la medicina hace casi dos mil quinientos años, sus teorías todavía parecen infiltrarse en las mentes de muchos profesionales sanitarios e influyen en su práctica médica actual. La creencia heredada de que los problemas médicos de la mujer son de naturaleza exclusivamente emocional o psicológica ha perdurado con especial fuerza y contribuye a lo que hoy se denomina «brecha de género del dolor». Este término describe la confusa realidad de que, aunque las mujeres experimentan más dolor crónico y más enfermedades crónicas que los hombres, resulta más probable que esos dolores se minimicen y no se traten como deberían. Si eres una mujer negra, eres invisible por partida doble y tienes todavía menos probabilidades de que tu dolor sea tratado adecuadamente.

Esta «brecha» no es solo una teoría; su existencia está demostrada. Los estudios revelan que las mujeres que acuden a urgencias con un dolor de la misma intensidad que los hombres esperan una media de dieciséis minutos más para que les den analgésicos (si alguna vez has sufrido un dolor intenso, sabes que dieciséis minutos son una eternidad), y que las mujeres tienen más probabilidades de que les receten sedantes o antidepresivos que analgésicos. También es más probable que las mujeres esperen más para ser atendidas y se les otorgue menos tiempo para tratar sus problemas que los pacientes varones.

Odio decirlo, pero estas estadísticas no me sorprenden: he visto este trato despectivo de primera mano, y al principio de mi carrera médicaiqué de hacer lo mismo.

Cuando estaba en la facultad de medicina, y cuando era una médica novata en la década de 1990, me enteré de que existía un tipo de paciente al que se referían simplemente como «MQ». Esas pacientes solían acudir describiendo un conjunto de síntomas: aumento de peso, niebla mental, irritabilidad, dolor en las articulaciones, disminución del deseo sexual, falta de sueño y fatiga. «Tienes una MQ en la sala 3. Buena suerte», decía un colega. Esto significaba, y me avergüenzo al escribirlo, que estaba a punto de encontrarme con una «mujer quejica». Allí estábamos, practicando la medicina moderna, pero confundiendo síntomas legítimos con una emoción, igual que los médicos antiguos.

Por aquel entonces, mis colegas y yo sabíamos que era probable que aquellas pacientes estuvieran entrando en la transición a la menopausia. Sin embargo, teníamos muy poca formación sobre el diagnóstico, la gestión y el tratamiento adecuados.

Además, nos habían enseñado que las mujeres tienden a quejarse y a somatizar los síntomas debido a su insatisfacción con las circunstancias vitales y al estrés. El mantra médico de «está todo en su cabeza» continuaba muy vivo. Si se descubría que la mujer era posmenopáusica (confirmado, una vez más, por el hecho de no haber tenido la menstruación durante más de doce meses), se le podía ofrecer terapia hormonal para la menopausia (THM) y a otra cosa, mariposa (esto era antes de la publicación de los resultados de la Women's Health Initiative, la Iniciativa para la Salud de la Mujer, en 2002). Si se encontraba en la transición a la menopausia, no le ofrecíamos nada e insistíamos en que tenía que pasar un año entero sin menstruación para que pudiésemos intervenir.

Sin duda, esta falta general de reconocimiento e infradiagnóstico de los síntomas de la menopausia provocaba que las mujeres sufriesen de forma innecesaria. Esta era una realidad de la que no fui plenamente consciente hasta que yo misma me vi acosada por los síntomas. Experimenté dolores intensos, noches de insomnio em-

papada en sudor, caída del cabello, aumento de peso y capacidades cognitivas embotadas. Estos síntomas interfirieron enormemente en mi calidad de vida, hicieron tambalear mi confianza en mis capacidades profesionales y me llevaron a darme cuenta de que no estaba practicando un buen cuidado de la menopausia.

Cuando tuve claro que mis niveles hormonales erráticos y en declive eran los responsables de cómo me sentía, pensé en las pacientes que habían estado en ese mismo lugar, que habían buscado ayuda de profesionales médicos y que no habían obtenido el apoyo que necesitaban. Me sentí culpable y avergonzada por haber formado parte del problema.

La buena noticia es que la atención médica a la paciente menopáusica está mejorando, aunque esa mejora será limitada a menos que reconozcamos y trabajemos activamente para derribar la importante barrera de la discriminación de género. De hecho, no reconocer esa discriminación solo perpetuaría la luz de gas e invalidaría todavía más la experiencia de quienes han entrado en las consultas de sus médicos o en el hospital con la esperanza de recibir ayuda y han salido sintiéndose peor, con un folleto de antidepresivos en la mano.

Formación inadecuada en la facultad de medicina y en la residencia

A raíz de lo que acabas de leer, podrías pensar que los médicos son los culpables de la atención insuficiente y el diagnóstico erróneo sistemático de las personas que se acercan a la menopausia o que la han superado. Sí, tenemos algo de culpa, sobre todo los que han negado o siguen negando la validez o la gravedad de los síntomas de una paciente. Sin embargo, culpar únicamente a los médicos equivale a que los árboles no te dejen ver el bosque. Hay cuestiones mucho más amplias en juego, relacionadas en concreto con lo que se enseña a los estudiantes de medicina en la facultad y con la formación que se exige a los médicos en ejercicio para conservar su licencia. Nunca veremos mejoras en el tratamiento de la menopausia si no se hace hincapié en mejorar la educación.

He aquí por qué es importante la educación: el pato. Te acuerdas del pato, ¿verdad? A los médicos les gusta seguir un camino hacia el diagnóstico que va así: aquí están los síntomas; estos síntomas cuadran con el diagnóstico X, Y o Z. Cuando las pruebas descartan X e Y, el problema debe ser Z. Ahí está tu pato: Z. (No estoy menospreciando la experiencia de la paciente; en aras de la demostración, intento simplificar lo que puede ser un proceso realmente largo e intenso.)

El diagnóstico a veces es así de sencillo, pero no siempre, y no tiene nada de arbitrario. El médico practica la memoria intelectual, echa mano de sus años de estudio para relacionar los síntomas con las posibles causas y sigue la práctica médica estándar para obtener una confirmación, porque eso es lo que se les ha enseñado a hacer a los médicos. Sin embargo, resulta que a muchos médicos no se les ha enseñado a practicar la medicina cuando se trata de la menopausia.

Lo que se enseña en las facultades de medicina y en los programas de residencia tiene un alcance limitado. Solo se muestran los síntomas más típicos de los cambios hormonales. Lo que aprendí en la facultad de medicina sobre obstetricia, ginecología general, ginecología pediátrica y oncología y cirugía ginecológicas fue importante y de calidad, pero la menopausia se metió en una especie de cajón de sastre y solo recibió una mínima parte del tiempo y la atención. Por ejemplo, en la residencia aprendí que la menopausia se caracterizaba por los sofocos, el aumento de peso, los cambios de humor, los síntomas genitourinarios y los trastornos del sueño. ¡Y ya está!

Me hicieron falta una experiencia personal y cientos de horas de investigación independiente (es decir, no era necesaria para los exámenes ni para mantener mi licencia médica actualizada) para entender que la presentación del envejecimiento endocrino era mucho más compleja que aquellos cinco síntomas comunes. Soy ginecóloga y obstetra; mi especialidad es tratar a pacientes con ovarios, las dos pequeñas glándulas de forma ovalada que producen estrógeno, progesterona y testosterona, que son las hormonas esenciales para el ciclo menstrual, la fertilidad y el embarazo. Y no formaba parte de mi educación obligatoria adquirir más conocimientos sobre la ine-

vitale disminución de esa producción hormonal, ni comprender su relación con las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades neurodegenerativas, ciertos tipos de cáncer y el empeoramiento de la calidad de vida. Creo que eso no está bien.

Mi formación en obstetricia y ginecología comenzó hace más de veintiséis años, pero los residentes de obstetricia y ginecología de hoy no parecen estar recibiendo una educación mucho mejor sobre la medicina de la menopausia que la que yo recibí. Una encuesta realizada en 2013 por investigadores de la Johns Hopkins reveló que casi el 80 % de los residentes de medicina se sentían «muy poco cómodos» hablando de la menopausia o tratándola. También descubrieron que solo el 20 % de las residencias de ginecología y obstetricia ofrecían formación sobre la menopausia.

Una encuesta posterior publicada en *Mayo Clinic Proceedings* reveló estadísticas similares recogidas entre residentes de obstetricia y ginecología, y también de medicina familiar e interna. Los residentes que respondieron a la encuesta expresaron una falta de confianza y competencia en el manejo de la menopausia y reconocieron la necesidad y el deseo de recibir formación adicional: casi el 94 % de los encuestados indicaron que era importante o muy importante recibir formación sobre el manejo de la menopausia.

Si tenemos en cuenta estas estadísticas, no es de extrañar que la mayoría de los médicos no sepan cómo hablar, diagnosticar o tratar adecuadamente a las pacientes durante la menopausia. Sencillamente, no están formados para ello. Esto es así a pesar de que un tercio de las mujeres estadounidenses se encuentran en la actualidad en alguna etapa de la menopausia y el 51 % de la población pasará por este evento tan trastocante si vive lo suficiente.

Si otros médicos o administradores de facultades de medicina están leyendo esto, permitidme dejar clara mi opinión y mi postura: la comunidad médica en su conjunto debe tratar la menopausia con el respeto que merece, y eso significa dar prioridad a las inversiones en planes de estudios que enseñen a los futuros médicos a reconocer y tratar el paso por la menopausia. Por ahora, los médicos en ejercicio deben ser proactivos y buscar formación en organizaciones

como la Menopause Society (antes North American Menopause Society, Sociedad Norteamericana de la Menopausia), que ofrece cursos de formación continua y certificaciones en medicina de la mediana edad. También necesitamos que los profesionales que entienden la menopausia den un paso al frente y ayuden a aquellos colegas que requieran y deseen recibir orientación. Nuestras pacientes se merecen una mejor atención, y esta vendrá en forma de reconocimiento y validación de los síntomas, y del tratamiento de la reducción hormonal y de las afecciones que de él se derivan.

Una definición insuficiente del envejecimiento

Una de las razones más sutiles por las que las mujeres no reciben la atención adecuada para la menopausia está relacionada con la definición del envejecimiento por parte del *establishment* médico, que lo relaciona principalmente con la edad cronológica (literalmente, la edad) en lugar de considerar también la edad endocrinológica de la persona: el ritmo al que envejecen nuestros ovarios es el doble de rápido que el de cualquier otro sistema de órganos del cuerpo.

Como ocurre con el envejecimiento cronológico, el envejecimiento endocrino es inevitable; en cambio, a diferencia de lo que sucede con el primero, tenemos acceso a intervenciones médicas que pueden restaurar los niveles hormonales y ayudar a minimizar los efectos secundarios del declive hormonal. La principal intervención es la terapia hormonal sustitutiva (THS), también conocida como terapia hormonal (TH) o terapia hormonal para la menopausia (THM). Yo prefiero esta última, THM. Se trata de diferentes nombres para el mismo enfoque, cuyo objetivo es muy sencillo: sustituir o reforzar las hormonas naturales que el cuerpo ya no produce para ayudar a garantizar que las funciones iniciadas y promovidas por estas hormonas se continúen llevando a cabo. Puedes pensar que sería algo así como decir «Seguid con vuestro trabajo, células del corazón, neuronas, células de la vejiga y articulaciones».

Sé que la mención de la terapia hormonal sustitutiva puede suscitar muchas emociones, incluido el miedo. Es comprensible: la

THM tiene lo que algunos describirían como un pasado problemático, y no es el enfoque adecuado para todo el mundo. Sin embargo, lo que te ofrezco en este libro es algo que tal vez no hayas recibido en la consulta de tu médico, aunque te lo mereces: un debate exhaustivo sobre la cuestión de la terapia hormonal sustitutiva. Mereces entender la verdad sobre la investigación que alejó a tantas personas de la THM por miedo, y sobre la ciencia emergente que demuestra lo segura y eficaz que puede ser para ayudar a evitar las enfermedades crónicas que comienzan a aparecer cuando el estrógeno disminuye. No todas las personas elegirán la terapia hormonal, pero todas merecen una conversación informada. Hablaremos de ello en el capítulo 7.

También existen otras estrategias de ayuda para el cuerpo y la mente durante la transición a la menopausia y en la posmenopausia. Estoy impaciente por compartirlas contigo y me emociona que hayas depositado tu confianza en mí para que te ayude a sentirte mejor y a seguir siendo funcional el mayor tiempo posible. Espero que puedas beneficiarte de lo que he aprendido y desaprendido sobre las mejores estrategias y enfoques. Juntas, a través de la concienciación, la educación y la acción, podemos formar parte del movimiento que elimine las barreras hacia una atención menopáusica de calidad. ¡Todo empieza aquí y ahora!