

CÓMO MEJORAR TU SALUD HORMONAL

*Una guía para tener
hormonas sanas
después de los 40*

LARA
BRIDEN

Traducción de
ARIADNA TAGLIORETTE

A mis consultantes

CONTENIDOS

PRÓLOGO	11
INTRODUCCIÓN	15
Cómo utilizar este libro	16
PRIMERA PARTE	
ENTENDER LA PERIMENOPAUSIA Y LA MENOPAUSIA	23
CAP. 1 / LA REVOLUCIÓN HORMONAL	25
La perimenopausia es una segunda pubertad y es temporal	27
La perimenopausia es una secuencia de eventos	30
La perimenopausia es una etapa crítica para la salud	35
¿Voy a pasarla muy mal?	37
CAP. 2 / ESTIGMA, LIBERTAD, DUELO Y TODO LO DEMÁS	43
Estigma y vergüenza	44
Libertad e invisibilidad	50
Duelo	57
La menopausia a través de una lente evolutiva	58
CAP. 3 / APROVECHA TU CICLO MIENTRAS PUEDES	65
La ovulación fortalece la salud	71
¿Sigues teniendo ciclos o ya estás en la menopausia?	74
Anticoncepción para la perimenopausia	82
CAP. 4 / LOS CAMBIOS HORMONALES Y FISIOLÓGICOS DE LA SEGUNDA PUBERTAD	91
Pérdida de progesterona	92
Estrógeno elevado y fluctuante	97

Pérdida de estrógeno	100
Diagnóstico de perimenopausia	106
Las etapas de la perimenopausia	108
Cuando la menopausia llega temprano	111

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTO 117

CAP. 5 / MANTENIMIENTO GENERAL PARA LA PERIMENOPAUSIA Y MÁS ALLÁ 119

Alivia tu sistema nervioso	119
Reduce la inflamación	128
Nútrete	157
Fortalece tu cuerpo: Muévete	176

CAP. 6 / TERAPIA HORMONAL PARA LA MENOPAUSIA 179

Tipos de terapia hormonal	181
Terapia hormonal para la perimenopausia	189
Terapia hormonal para la menopausia	192
Solución de problemas para la terapia hormonal	199

CAP. 7 / RECONEXIÓN CEREBRAL 203

Plan de acción básico para la reorganización cerebral	206
Sofocos	207
Sueño	212
Migrañas	221
Memoria	228
Síntomas del estado de ánimo	233

CAP. 8 / PROBLEMAS CORPORALES	247
Revertir la resistencia a la insulina y perder peso abdominal	248
Enfermedad tiroidea autoinmune	264
Alergias	277
Dolores y molestias	280
CAP. 9 / MONTAÑA RUSA DE ESTRÓGENOS	287
Sangrado menstrual abundante	289
Dolor	292
Dolor menstrual normal	304
Endometriosis y adenomiosis	306
Fibromas	324
Sangrado anovulatorio	328
Dolor mamario	331
CAP. 10 / QUÉ ES LO QUE TE ESPERA	337
Síndrome genitourinario de la menopausia (SGM)	338
Vello facial y pérdida de cabello	348
Mantener un peso saludable	352
Reducción del riesgo de osteoporosis	357
Reducción del riesgo a sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares	368
Reducción del riesgo de sufrir demencia	379
RECURSOS	384
LISTA DE SIGLAS	396
REFERENCIAS	398

PRIMERA PARTE

ENTENDER LA PERIMENOPAUSIA Y LA MENOPAUSIA



*Nada en la vida debe ser temido,
solamente comprendido.
Ahora es el momento de comprender más,
para temer menos.*

~ Marie Curie ~

LA REVOLUCIÓN HORMONAL

POR QUÉ TODO ES DIFERENTE
DESPUÉS DE LA SEGUNDA PUBERTAD

Si elegiste este libro es porque sientes que algo está cambiando en tu cuerpo y, tal vez, en tu vida.

No te lo estás imaginando. Hacia finales de tu tercera década y principios de la cuarta, algo *cambia* en el cuerpo (especialmente en el cerebro) y es posible que te sientas desconcertada, frustrada y liberada, todo a la vez. Este cambio no sucede de un día para otro. Es un proceso llamado “perimenopausia” y puede aparecer entre los doce y los dos años previos a que tus menstruaciones desaparezcan. La perimenopausia no es lo mismo que la “menopausia”, es decir, la fase de la vida que comienza un año después de tu última menstruación. Este libro trata tanto sobre el proceso de la perimenopausia como de la fase de la menopausia, que juntas podrían comprender más de cuatro décadas. ¿Qué necesitas entender acerca de este nuevo capítulo tan importante en tu vida?

En primer lugar, debes saber que los síntomas (si es que los tienes) probablemente sean temporales. No *todos* los

síntomas perimenopáusicos son temporales, pero muchos lo son, y saberlo evitará que pienses “¡Ay, no! ¡Por favor! Así será de ahora en adelante”. No serás así para siempre; esto también pasará.

En segundo lugar, debes saber que la perimenopausia no es solo una “fluctuación hormonal” caótica, sino una “secuencia de eventos” que comienza con niveles bajos de progesterona junto con estrógenos temporalmente elevados y concluye con niveles de estrógeno bajos y algunos cambios significativos en el metabolismo de la insulina. Percibir el proceso como una secuencia de eventos descriptibles te ayudará a encontrar el tratamiento adecuado.

Por último, debes saber que la perimenopausia y los primeros años de la menopausia constituyen una “etapa crítica” para la salud, y esto es real incluso si no tienes ningún síntoma. Cuando hablo de una etapa crítica, me refiero a un “período sensible” o un punto de inflexión durante el cual pueden aparecer pequeños problemas de salud que, si no se tratan, podrían convertirse en afecciones más graves y permanentes en el futuro. Lo bueno de este punto de inflexión es que también te brinda una “oportunidad única” para hacer pequeños cambios que podrían aportar grandes beneficios a tu salud.

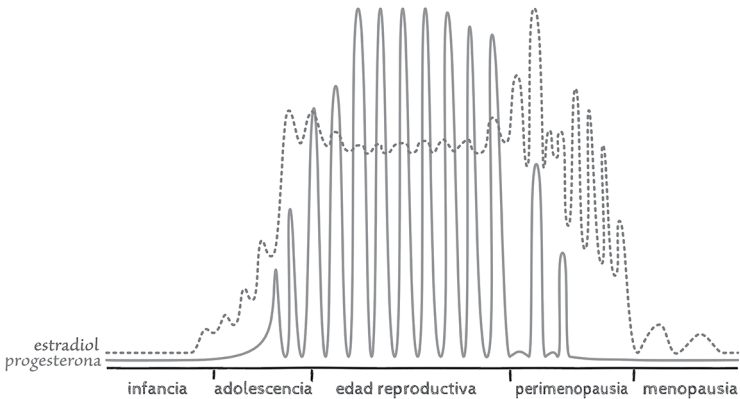
Repasando:

- » Muchos síntomas son temporales.
- » La perimenopausia es una secuencia de eventos.
- » La perimenopausia y los primeros dos años de la menopausia constituyen una etapa crítica para la salud.

Ahora, veamos estos conceptos en detalle.

LA PERIMENOPAUSIA ES UNA SEGUNDA PUBERTAD Y ES TEMPORAL

La perimenopausia no tiene que ver con el envejecimiento. Si tienes 35 años o menos, claramente sigues siendo joven. Incluso si tienes 50 años, la perimenopausia sucede junto al envejecimiento, pero no es *producto* de este. En cambio, la perimenopausia es una secuencia de eventos hormonales y cambios que son más parecidos a la pubertad o a una segunda pubertad. Considera la siguiente representación del estrógeno (estradiol) y de la progesterona a lo largo de la vida descrito por la profesora de Endocrinología Jerilynn C. Prior.



*Imagen 1 - Hormonas a lo largo de la vida, adaptación de J. C. Prior,
“Perimenopause lost. Reframing the end of menstruation”.*

El estrógeno es bajo durante la infancia, y elevado y fluctuante durante la adolescencia, especialmente en comparación con la progesterona (la “hormona que suaviza el período”), que es baja hasta que se establecen los ciclos regulares. Tanto en la primera como en la segunda pubertad se producen niveles elevados de estrógeno combinados con niveles bajos de progesterona. La progesterona

“va aumentando lentamente” en la primera pubertad y “va disminuyendo lentamente” en la segunda pubertad. Un nivel elevado de estrógeno combinado con un nivel bajo de progesterona es la razón por la que sufriste períodos intensos en la adolescencia y, desafortunadamente, la razón por la que podrías tenerlos otra vez a los 40. A la larga, con la segunda pubertad también perderás estrógeno y llegarás a tener el nivel bajo estable de estrógeno característico de la menopausia (similar a los niveles de la niñez).

El proceso de cambio hormonal podría durar diez años, lo cual significa que los síntomas podrían durar diez años, pero no para siempre. Por lo tanto, piénsalo dos veces antes de aceptar como permanente cualquier diagnóstico como fatiga crónica o *fibromialgia*.

FIBROMIALGIA



Es un trastorno de dolor crónico generalizado e inexplicable y una mayor respuesta de dolor ante la presión. Por lo general, afecta a mujeres de 40 a 60 años.

La profesora Prior habla sobre la fibromialgia perimenopáusicas en su libro *Estrogen's Storm Season* y la atribuye a la alteración temporal del sueño perimenopáusico:

“Debido a la alteración del sueño, algunas mujeres se sienten extremadamente doloridas y cansadas. A muchas se nos diagnostica síndrome de fatiga crónica o fibromialgia en los primeros años de la perimenopausia. Si supiéramos que nuestros síntomas son parte de la perimenopausia, tendríamos más esperanzas. Sin embargo, suelen darnos un diagnóstico y terminamos con una discapacidad que nos lleva a perder no solo nuestra salud, sino también nuestra identidad y nuestro trabajo”.^[1]

En el capítulo 8 hablaremos más sobre la fibromialgia y cómo tratarla.

Otros síntomas de la segunda pubertad que son temporales incluyen períodos intensos, dolor pélvico, dolor mamario, migrañas, sudores nocturnos y, lo más importante, ansiedad y depresión. Según la mayoría de las investigaciones, el riesgo de ansiedad y depresión aumenta con la perimenopausia^[2] y disminuye con la menopausia. En otras palabras, si puedes aguantar (o ayudarte con los tratamientos que menciono en el capítulo 7), podrías llegar a los cincuenta y tantos años y encontrar que tu estado de ánimo es, al menos, tan bueno como cuando eras más joven, o incluso mejor. Hay varias líneas de evidencia que avalan esta afirmación, incluida una investigación de la Universidad de Melbourne que concluyó que la mayoría de las mujeres mayores de 60 años informan que se sienten “fantásticas”,^[3] y las observaciones de la psicóloga estadounidense Mary Pipher, quien afirma que “una mujer a sus 70 años probablemente sea más feliz que nunca”.^[4] La profesora Prior dice que las mujeres deben saber que “la perimenopausia termina en una fase de la vida más amable y tranquila, apropiadamente llamada ‘menopausia’”.^[5]

No todos los síntomas de los 40 son atribuibles a la perimenopausia. Para nada. En realidad, los síntomas como el dolor y la fatiga pueden ser una indicación de un problema de salud subyacente, por lo que debes consultar con tu médica. Se debe tener en cuenta la enfermedad de la tiroides, que existe independientemente de la perimenopausia, pero que también puede amplificarse o empeorar con la perimenopausia, o incluso confundirse con esta porque los síntomas son muy similares. Veremos en detalle la intersección entre la enfermedad de la tiroides y la perimenopausia en el capítulo 8.

Hasta ahora, hemos analizado cuántos síntomas de la segunda pubertad probablemente sean temporales. Hablemos ahora de la perimenopausia como una secuencia de eventos.

LA PERIMENOPAUSIA ES UNA SECUENCIA DE EVENTOS

La perimenopausia comienza con la pérdida de progesterona. En algún momento de los 40, o incluso al final de los 30, comenzarás a producir menos progesterona a pesar de que todavía tengas ciclos regulares. Vas a aprender la causa en el capítulo 3, pero por ahora simplemente aceptemos que sucede y que conlleva una gran cantidad de síntomas, tales como ansiedad, dolor mamario, palpitaciones cardíacas, sudores nocturnos, migrañas frecuentes y períodos intensos y descontrolados. Ya veremos esto en mayor detalle, pero debes saber que el hecho de que los síntomas de la perimenopausia se deriven, en gran parte, de la pérdida de progesterona y no del estrógeno es la razón por la cual la progesterona (y no el estrógeno) puede ser el mejor tratamiento.

A medida que disminuye la progesterona podrías comenzar a experimentar niveles de estrógeno más elevados que nunca; de hecho, estos podrían hasta triplicarse, lo cual puede provocar síntomas como estado de ánimo irritable, dolor mamario y menstruaciones abundantes. Los síntomas causados por niveles elevados de estrógeno provienen tanto de los efectos directos de la hormona como de los efectos indirectos del estrógeno sobre los mastocitos y la histamina. Exploraremos esto en los capítulos 4 y 5. Los sofocos perimenopáusicos se derivan de la fluctuación y de los altibajos del estrógeno, y según la profesora Prior, esto significa que es más probable que los sofocos respondan mejor a la progesterona que al estrógeno mientras todavía tienes períodos.

A fin de cuentas, después de tu última menstruación pasarás al territorio del estrógeno más bajo, que es solo eso: “estrógeno más bajo”. No es una deficiencia de estrógenos porque no hay nada “deficiente” en tener este nivel hormonal, que es normal para la fase de la vida en la que te encuentras. Además, como veremos, todavía produces una buena cantidad de estrógeno durante esa etapa, pero dado que fluctúa

mucho, nuevamente, muchos de los síntomas provienen de esos altibajos. Los síntomas de la menopausia –como el insomnio, la pérdida de memoria y la sequedad vaginal– pueden responder mejor a la terapia con estrógeno combinada con progesterona.

Este nuevo estado de progesterona y estrógenos bajos también puede contribuir a un cambio en la sensibilidad a la insulina llamado “prediabetes” o *resistencia a la insulina*.



RESISTENCIA A LA INSULINA

Es el trastorno de sensibilidad reducida a la hormona insulina, que conduce a niveles elevados de insulina de forma crónica (es decir, continua). También se la denomina “hiperinsulinemia”, “síndrome metabólico” o “prediabetes”, y es un factor importante en el aumento de peso abdominal y en muchos otros síntomas de la menopausia.

Identificar y revertir la resistencia a la insulina será una de las partes más importantes de tu viaje por la menopausia. Explicaré el porqué en los capítulos 4, 5, 7 y 8, en los que también hablaré del papel del dominio relativo de la testosterona y proporcionaré estrategias de tratamiento, como el *ayuno intermitente*.



AYUNO INTERMITENTE

Consiste en alternar diariamente los períodos en los que se ayuna y los períodos en los que se come.

La secuencia de eventos de la perimenopausia es:

1. Progesterona más baja
2. Estrógeno elevado y muy fluctuante
3. Estrógeno más bajo
4. Posible resistencia a la insulina.

En promedio, la transición natural completa a la perimenopausia toma alrededor de siete años, y la profesora Prior la divide en las siguientes cuatro fases, además de la menopausia. Las exploraremos con más detalle en el capítulo 4:

1. Primera etapa de perimenopausia, cuando los ciclos todavía son regulares.
 2. Principios de la transición, desde el inicio de los períodos irregulares.
 3. Finales de la transición, desde el primer ciclo de más de sesenta días.
 4. Última etapa de perimenopausia, los doce meses desde la última menstruación.
- + Menopausia, fase de la vida que comienza un año después de tu último período.

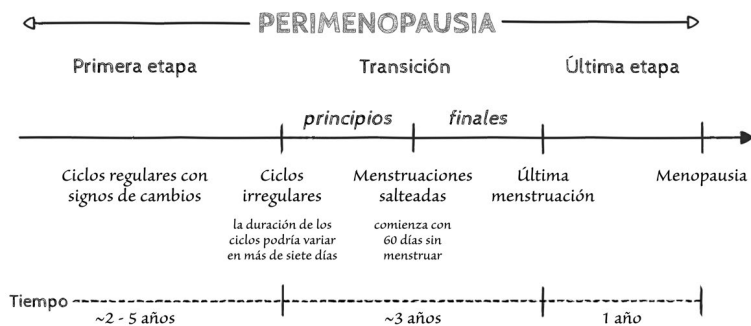


Imagen 2 – Las cuatro fases de la perimenopausia.

Si llegas a la menopausia antes de los 45 años o te sometes a una menopausia inducida quirúrgica o médicamente, no vivirás estas cuatro fases, sino que pasarás directamente a un estado de estrógeno muy bajo. Una transición tan repentina puede producir síntomas más fuertes que la perimenopausia natural y casi siempre requiere terapia con estrógeno + progesterona, algo que también discutiremos en los capítulos 4 y 6.

Si tuviste una histerectomía parcial (extirpación del útero), pero conservas los ovarios, igual pasarás por las cuatro fases de la transición natural de la perimenopausia y tendrás años de “ciclos ocultos”. Esto se traduce en años de niveles elevados de estrógeno y síntomas “premenstruales”, tales como cambios en el estado de ánimo, dolor mamario e incluso dolor de endometriosis. La diferencia es simplemente que no hay sangrado que indique lo que está sucediendo. Puede ser un momento confuso porque tanto tú como tu médica podrían asumir erróneamente que estás en la menopausia y, por lo tanto, podrían intentar usar estrógeno para tratar los síntomas de niveles elevados de estrógeno.

Eso le pasó a mi consultante Rita.



RITA

TODAVÍA NO HA LLEGADO LA MENOPAUSIA

Rita tenía 48 años cuando me pidió ayuda con los “síntomas de la menopausia”, entre los que se incluían un estado de ánimo irritable y migrañas cada mes.

—Esos síntomas parecen ser de niveles elevados de estrógeno —observé— pero cuéntame qué te está pasando.

—Me duele mucho la cabeza dos veces al mes —me dijo Rita— y, casi al mismo tiempo, se me hinchan los pechos. Mi médico me dio un parche de estrógeno, pero parece empeorarme el estado de ánimo y los dolores de cabeza.

Miré sus notas y vi que se había sometido a una histerectomía tres años antes.

—Todavía tienes ciclos —le dije.

—Pero no tengo períodos —respondió Rita.

—Eso es porque no tienes útero para sangrar —le dije—, pero los ovarios siguen cumpliendo ciclos y produciendo mucho estrógeno. Por eso tus dolores de cabeza tienen un patrón mensual.

Le hicimos a Rita un análisis de FSH, una hormona pituitaria que puede indicar menopausia, y reveló un resultado de rango no menopáusico.

—Sospecho que tienes algunos años de ciclos por delante —le dije—. Probemos un tratamiento más adecuado para los niveles elevados de estrógeno durante la perimenopausia.

Rita comenzó con magnesio y progesterona, mis dos tratamientos favoritos para la perimenopausia, y se sintió mucho mejor.

—Eso debería funcionar por ahora —le dije—, hasta que te acerques a la menopausia. En ese momento, podrías estar bien o podrías notar síntomas de niveles bajos de estrógeno, como sofocos y sequedad vaginal. Si eso sucede, podemos agregar una terapia con estrógenos.

A propósito del análisis de sangre de la FSH (que revisaremos en el capítulo 3), quisiera decir unas palabras. La “hormona folículo estimulante” (FSH en inglés) es la hormona que produce la glándula pituitaria para comunicarse con los ovarios. Si aún no estás en la menopausia, tu FSH generalmente será inferior a 40 UI/L, pero como fluctúa, también podría ser más elevada. Debido a que la fluctuación de la FSH es muy frecuente durante la perimenopausia, la mayoría de los médicos son reacios a analizarla y, si bien es entendible, yo sigo pidiendo análisis de FSH para detectar la menopausia precoz o para evaluar un estado “no menopáusico” en consultantes como Rita.

En resumen, si tuviste una histerectomía y no sabes qué está pasando, debes tener en cuenta algunas cosas:

- » Todavía podrías tener ciclos, especialmente si observas un patrón mensual de síntomas como dolores de cabeza, cambios en el estado de ánimo o dolor. Reconocer un ciclo oculto significa que puedes decir: “Ajá, *esa es* la razón por la que dormí mal las últimas noches; me estaba acercando a mi ‘período’”.

- » Si detectas el día en el que sientes alivio en los síntomas del estado de ánimo o del sueño, ese es el “día uno” de tu ciclo oculto.
- » El seguimiento de las temperaturas (capítulo 3) podría permitirte determinar si ovulas (y cuándo) y si tienes la fase premenstrual.

También puedes hablar con tu médica.

**Cómo hablar con tu médica sobre
la perimenopausia si tuviste una histerectomía**

“Entiendo que, como todavía tengo los ovarios, es posible que todavía tenga ciclos menstruales”.

“¿Es posible que estos sean síntomas premenstruales?”

“¿Sería adecuado hacer un análisis de mi FSH para ver si realmente ya estoy atravesando la menopausia?”

Recuerda que estamos explorando algunos conceptos clave. Hasta ahora, hemos visto cómo “la perimenopausia es una segunda pubertad y, por lo tanto, temporal” y cómo “la perimenopausia es una secuencia descriptible de eventos”. Llegamos ahora a la perimenopausia como una “etapa crítica”.

**LA PERIMENOPAUSIA ES
UNA ETAPA CRÍTICA PARA LA SALUD**

Como dije anteriormente, una etapa crítica es un período sensible o punto crítico en el que los problemas pequeños (si no se tratan) pueden convertirse en problemas de salud más graves en el futuro. Las etapas críticas son épocas de “flujo fisiológico”. Otros ejemplos son la infancia, la pubertad, la gestación y el período posparto, todas épocas de mayor vulnerabilidad frente a la aparición de trastornos de salud nuevos. Algunas investigadoras describen esos momentos

como “puntos de inflexión” fisiológicos: son momentos en los cuales algunas perturbaciones pequeñas pueden amplificarse de una forma en que no sucedería durante un período fisiológico (en un estado) estable.^{[6][7]}

El concepto de “etapa crítica” afecta a todos los aspectos de la salud. Por ejemplo, los datos del Estudio Nacional sobre la Salud de la Mujer (SWAN en inglés) de Estados Unidos identifica la perimenopausia como un momento vulnerable en cuanto a la aparición de enfermedades cardíacas y la denomina “una etapa crítica de oportunidad para la prevención”.^[8] Gran parte del riesgo cardiovascular se debe al cambio en la resistencia a la insulina, que veremos más adelante y que, por suerte, puede mejorarse con simples cambios de dieta y ejercicio.

Otro aspecto de la salud que puede verse afectado es el sistema inmunológico que, como veremos, esencialmente “se reestructura” durante la perimenopausia. Es por eso que la perimenopausia (así como el período posparto)^[6] es un momento de riesgo en cuanto a la aparición o el empeoramiento de enfermedades autoinmunes. El mejor ejemplo es la enfermedad de la tiroides, conocida también como “enfermedad de Hashimoto”. La analizaremos en el capítulo 8 junto con las estrategias para mantener el sistema inmunológico protegido y saludable a lo largo de ese proceso de reestructuración.

Por último, la perimenopausia es una etapa de riesgo para el cerebro, al igual que la infancia, la pubertad, la gestación y el posparto. Durante todas estas etapas, el cerebro “se recalibra”. Si lo comparamos con una computadora, es como una actualización de *software*. Si todo va bien con la actualización, el resultado apenas cambia y la función cerebral sigue siendo saludable. Sin embargo, si se encuentra el más mínimo error durante el proceso de actualización, el resultado puede significar un problema de salud mayor a aquel que se produciría si el mismo error ocurriera cuando la fisiología está en un estado estable. Un ejemplo es el riesgo ligeramente elevado

de que aparezcan problemas graves de salud mental durante la adolescencia y la edad adulta temprana,^[9] y luego nuevamente durante la perimenopausia.^[10] En general, el riesgo de enfermedad mental grave es bajo, así que, ipso facto, no te preocupes! Presento este ejemplo solamente para ilustrar la importancia tanto de la primera como de la segunda pubertad como etapas de “transición neurológica”^[7].

Otro ejemplo del proceso de recalibración del cerebro es el ligero deterioro cognitivo que ocurre con la perimenopausia. Aunque generalmente es temporal, a veces puede amplificarse y convertirse en demencia en un futuro. Según la neuróloga Lisa Mosconi, la enfermedad de Alzheimer en las mujeres “comienza con la menopausia”.^[11] Esto no quiere decir que el Alzheimer esté *causado* por la perimenopausia, dado que esta es “más bien un disparador y no una causa”. “Si una mujer está de alguna manera predispuesta a la enfermedad de Alzheimer”, dice Mosconi, entonces “la perimenopausia es el momento en el cual el riesgo se manifiesta en su cerebro”. Vamos a abordar la cognición y la prevención de la demencia en los capítulos 7 y 10.

En resumen, la perimenopausia es temporal, es una secuencia de eventos y es una etapa crítica. Este libro es tu guía para navegar por ese proceso de cambio con el objetivo de que llegues segura y feliz al último tercio estable de tu vida.

¿VOY A PASARLA MUY MAL?

A estas alturas, probablemente te estás preguntando qué tan malos van a ser los síntomas de la perimenopausia. Si has oído historias terroríficas de amigas, debes estar preocupada, pero tu experiencia real dependerá de muchos factores.

Si llegas a la menopausia antes de los 45 años, o si atraviezas una menopausia quirúrgica o médica, tienes un riesgo mayor de presentar síntomas y tener problemas de salud a

largo plazo. Haré menciones especiales de esas situaciones a lo largo del libro.

Si pasas por una transición natural de perimenopausia, tienes un 25% de probabilidades de tener síntomas severos. Es más probable que sufras algunos síntomas leves o, incluso, ninguno. Si *no* sufres ningún síntoma, ¡celebra tu buena suerte! También recuerda que todavía sigues estando en una etapa crítica y, por lo tanto, debes cuidar un poco más de tu salud durante algunos años.

En el caso de que *sí* sufras síntomas fuertes, estos se deben a una combinación de genética, estado de salud general y el estado de tus ciclos antes de la perimenopausia. Veamos cada uno en detalle.

LA GENÉTICA

La genética determina tanto el momento de la menopausia como, hasta cierto punto, los tipos y la gravedad de los síntomas. Si puedes, pregúntale a tu madre y a tus hermanas mayores sobre cualquier historia de períodos intensos, sudores nocturnos o problemas de sueño. Su experiencia con la perimenopausia podría proporcionar una idea de lo que te espera. Por eso, yo siempre le digo a mi hermana menor: “Voy yo primero y luego te cuento cómo es”.

Por suerte, los genes son solo una parte de la historia. La “expresión” de esos genes es igualmente importante y se puede modificar con la alimentación, el ejercicio y con un ritmo circadiano saludable. Cubriremos estos temas en los capítulos que vienen.

EL ESTADO DE SALUD GENERAL

La perimenopausia es como un barómetro de la salud en el sentido de que puede revelar y amplificar los problemas de salud subyacentes. Por ejemplo, si ya estás estresada y no

duermes bien, la recalibración perimenopáusica de tu cerebro podría hacer que el sueño sea casi imposible. Si tienes deficiencia de yodo y zinc, los altibajos del estrógeno podrían manifestar esas deficiencias con dolor mamario y sequedad vaginal, respectivamente. Por último, si ya tienes una tendencia de leve resistencia a la insulina, el cambio hacia niveles de estrógeno más bajos podría conducirte a una resistencia completa a la insulina y a un aumento de peso abdominal.

“La perimenopausia como barómetro de la salud” significa que el mejor tratamiento para los síntomas perimenopáusicos suele ser uno que necesitabas de todos modos.

EL ESTADO DE LOS PERÍODOS ANTES DE LA PERIMENOPAUSIA

Si tus menstruaciones llegaban sin problemas, seguramente tendrás una perimenopausia leve. Las menstruaciones sin síntomas son buenos indicadores de que todo funciona correctamente. Esto incluye la capacidad del cuerpo para metabolizar el estrógeno (capítulo 9) y la capacidad del cerebro de adaptarse a los altibajos hormonales (capítulo 7).

Si tuviste menstruaciones más complicadas, podrías transitar una perimenopausia más intensa, porque los mismos problemas que afectaron tus períodos van a afectar tu perimenopausia. Un ejemplo es el metabolismo de estrógeno deteriorado que puede contribuir a períodos intensos durante los años reproductivos e incluso períodos más intensos durante la perimenopausia. Otro ejemplo es la sensibilidad al cambio neuroesteroide, que es la sensibilidad del cerebro a los niveles cambiantes de las hormonas y que puede contribuir a síntomas, tanto premenstruales como perimenopáusicos, de cambios en el estado de ánimo.

Por último, si todavía tomas la píldora o algún anticonceptivo oral combinado, podrías tener el problema de la

“abstinencia de estrógeno” cuando la dejes. Eso es lo que le sucedió a mi consultante Dina.



DINA

DEJAR LA PÍLDORA

—Mis sudores nocturnos son tremendos —me dijo Dina—. Parece una venganza que empezó al instante de haber dejado la píldora, y también se me está secando la piel.

—Es posible que ya hayas estado en la menopausia por un tiempo —señalé (Dina tenía 53)—. La píldora solo estaba enmascarándola con estrógeno sintético fuerte y períodos falsos que prevenían los sudores nocturnos. Lamentablemente, el estrógeno es adictivo, así que ahora estás sufriendo una abstinencia de estrógeno.

Dina me miró consternada.

—¿Cuánto tiempo tendré abstinencia de estrógeno? —me preguntó.

—Es difícil determinarlo—admití—. Como mínimo, varios meses.

Le expliqué sobre suplementos de magnesio, ejercicio y algunas otras maneras de adaptarse a tener niveles de estrógenos más bajos, pero para ese momento ella ya no quería saber nada más.

—Tal vez debería volver a tomar la píldora —propuso.

—Si quieres volver al estrógeno, será mejor que consideres la terapia hormonal —expliqué—. La terapia hormonal menopáusica moderna es bioidéntica, y eso la hace más suave y más segura que los anticonceptivos.

Dina eligió utilizar una cápsula de progesterona y un parche de estrógenos, ambos bioidénticos, y esperaba poder reducirlos con el tiempo.

El estrógeno y la progesterona “bioidénticos” son exactamente iguales a las hormonas del cuerpo, y por eso son más seguros y tienen menos efectos secundarios que los anticonceptivos o los tipos de terapia hormonal más antiguos, tales como los estrógenos equinos conjugados, que

eran populares en los años 90. “Naturales o de sustitución” es otro término para las hormonas que son idénticas a las propias hormonas del cuerpo. La principal diferencia es que “de sustitución” suele ser el término convencional preferido y “bioidéntico” es el que se aplica tradicionalmente a las fórmulas de hormonas personalizadas dispensadas por una farmacéutica especializada en la elaboración de compuestos, en la época en la que la formulación de fármacos era la única manera de obtener hormonas idénticas a las del cuerpo. Los productos bioidénticos modernos están disponibles en cualquier consultorio médico y farmacia, y se consideran más seguros que la terapia con hormonas no bioidénticas (capítulo 6).

¿Te sorprendió cuando le dije a Dina que los sangrados provocados por la píldora son períodos falsos y que “el estrógeno es adictivo”? Cubriremos esos temas en los próximos capítulos, incluida una sección en el capítulo 3 llamada *¿Qué implica la píldora para la perimenopausia?* Por ahora, basta decir que Dina experimentó síntomas intensos porque pasó directamente de la píldora a la menopausia y, por lo tanto, no tuvo la oportunidad de pasar gradualmente por las cuatro fases de la perimenopausia.

¿LA TERAPIA HORMONAL ES SIEMPRE LA RESPUESTA?

En los dos casos planteados hasta ahora, mis consultantes optaron por la terapia hormonal, que es común pero no es una norma. Rita tomó progesterona para la perimenopausia y, según mis sospechas, era todo lo que necesitaba. Dina tomó progesterona y estrógeno, en gran parte porque se encontraba en la difícil situación de tratar de hacer la transición partiendo de dosis elevadas de estrógeno sintético. Como veremos en los próximos capítulos, algunas de mis consultantes no necesitan terapia hormonal, sino que obtienen buenos resultados con tratamientos más simples y sin hormonas.

Como ya analizaremos más adelante, tu decisión de utilizar la terapia hormonal dependerá de muchos factores y de tus preferencias. Si no quieres terapia hormonal, está perfecto. Existen otras opciones para muchos síntomas. Al mismo tiempo, si eres de las que sí prefieren la terapia hormonal (y tu médica te dice que es seguro), eso también es válido. Como veremos en el capítulo 6 y ya mencionamos, la terapia hormonal moderna es más segura que el viejo “reemplazo hormonal” de los años 90.

QUÉ ES LO QUE TE ESPERA Y CÓMO SENTIRTE BIEN A LARGO PLAZO

Tu objetivo inmediato es sentirte bien durante lo que podría ser una transición compleja. Dependiendo de tu situación, para sentirte bien tal vez necesites cambiar tu dieta, tu estilo de vida y/o tomar suplementos; o tal vez necesites terapia hormonal. Muchas de estas decisiones podrían ser temporales. A medida que te vas acercando a la menopausia, tu salud debería estabilizarse y podrías darte cuenta de que ya no necesitas suplementos o terapia hormonal para los sudores nocturnos, el estado de ánimo o los problemas del sueño.

Por otro lado, es posible que debas prestar mayor atención a otros síntomas más leves, tales como problemas en la vejiga o sequedad vaginal, que exploraremos en el capítulo 10. En ese capítulo, *Qué es lo que te espera*, también mencionaré estrategias para mantener a largo plazo una buena salud de los huesos, el corazón y el cerebro.

¿Estás lista para embarcarte en este viaje hacia la menopausia?

Comencemos explorando los aspectos emocionales y sociales de esta etapa tan importante de la vida.

REFERENCIAS

- 1: JC Prior, *Estrogen's Storm Season: stories of perimenopause*, 2a ed., Vancouver: Centre for Menstrual Cycle and Ovulation Research Staff, 2018.
- 2: Gordon JL, Girdler SS, Meltzer-Brody SE, Stika CS, Thurston RC, Clark CT, et al. Ovarian hormone fluctuation, neurosteroids, and HPA axis dysregulation in perimenopausal depression: a novel heuristic model. *Am J Psychiatry*. 2015 Mar 1;172(3):227-36. PubMed: 25585035
- 3: U Melbourne, "Women report feeling pretty fantastic after menopause," *Futurity*, 25 August 2017, futurity.org/women-aging-mood-1525342-2
- 4: "Older people are nailing the art of happiness. Renowned psychologist Mary Pipher explains why," *Life Matters, ABC Radio National*, 5 September 2019, abc.net.au/news/2019-09-05/mary-pipher-says-older-people-are-the-happiest/11461818
- 5: JC Prior. Perimenopause lost – reframing the end of menstruation, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(4), 2006, pp323–35
- 6: Desai MK, Brinton RD. Autoimmune Disease in Women: Endocrine Transition and Risk Across the Lifespan. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019;10:265. PubMed: 31110493
- 7: Brinton RD, Yao J, Yin F, Mack WJ, Cadenas E. Perimenopause as a neurological transition state. *Nat Rev Endocrinol*. 2015 Jul;11(7):393-405. PubMed: 26007613
- 8: BS Yasgur, "Menopause a 'critical window' for lifestyle CVD prevention," *Medscape*, 7 December 2018, medscape.com/viewarticle/906175
- 9: Gomes FV, Rincón-Cortés M, Grace AA. Adolescence as a period of vulnerability and intervention in schizophrenia: Insights from the MAM model. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Nov;70:260-270. PubMed: 27235082
- 10: Crow, EA y otros. Schizophrenia during Menopausal Transition. *Mental Health in Family Medicine* 2016; 12:190-195
- 11: "What menopause does to women's brains," *The Atlantic*, 8 November 2019, theatlantic.com/health/archive/2019/11/menopause-alzheimers/601642
- 12: "Female doctors in menopause retiring early due to sexism," says study, *The Guardian*, 6 August 2020, theguardian.com/society/2020/aug/06/female-doctors-in-menopause-retiring-early-due-to-sexism-says-study
- 13: J Walters, "We're living like it's not happening: Michelle Obama opens up about menopause," *The Guardian*, 14 August 2020, theguardian.com/us-news/2020/aug/13/michelleobama-menopause-account-spotify-podcast

