



Revolución hormonal

LA MEDICINA IGNORÓ EL CUERPO FEMENINO DURANTE DÉCADAS. AHORA, LA CIENCIA EMPIEZA A ESCUCHARLO: NUESTROS SÍNTOMAS SON REALES, TIENEN BASE HORMONAL Y MERECEN TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

por **Macarena Orte**

psicológico", "nerviosismo", "será histeria". Durante generaciones, estas frases zanjaron debates médicos y silenciaron el dolor de millones de mujeres. El cuerpo femenino se interpretaba desde una perspectiva masculina, los estudios clínicos se hacían solo en hombres y los síntomas de ellas se reducían a lo psicosomático o a lo inevitable. Pero algo está cambiando. La endocrinología actual reconoce que las hormonas femeninas no solo regulan la reproducción: modulan el cerebro, el metabolismo, el sistema inmune y el deseo sexual. Y que ignorar esto durante tanto tiempo no fue un error científico, sino un sesgo histórico. Hoy, nuevos tratamientos y perspectivas más precisas intentan corregir ese vacío. Aunque queda camino por recorrer, estamos ante el inicio de una auténtica revolución hormonal.

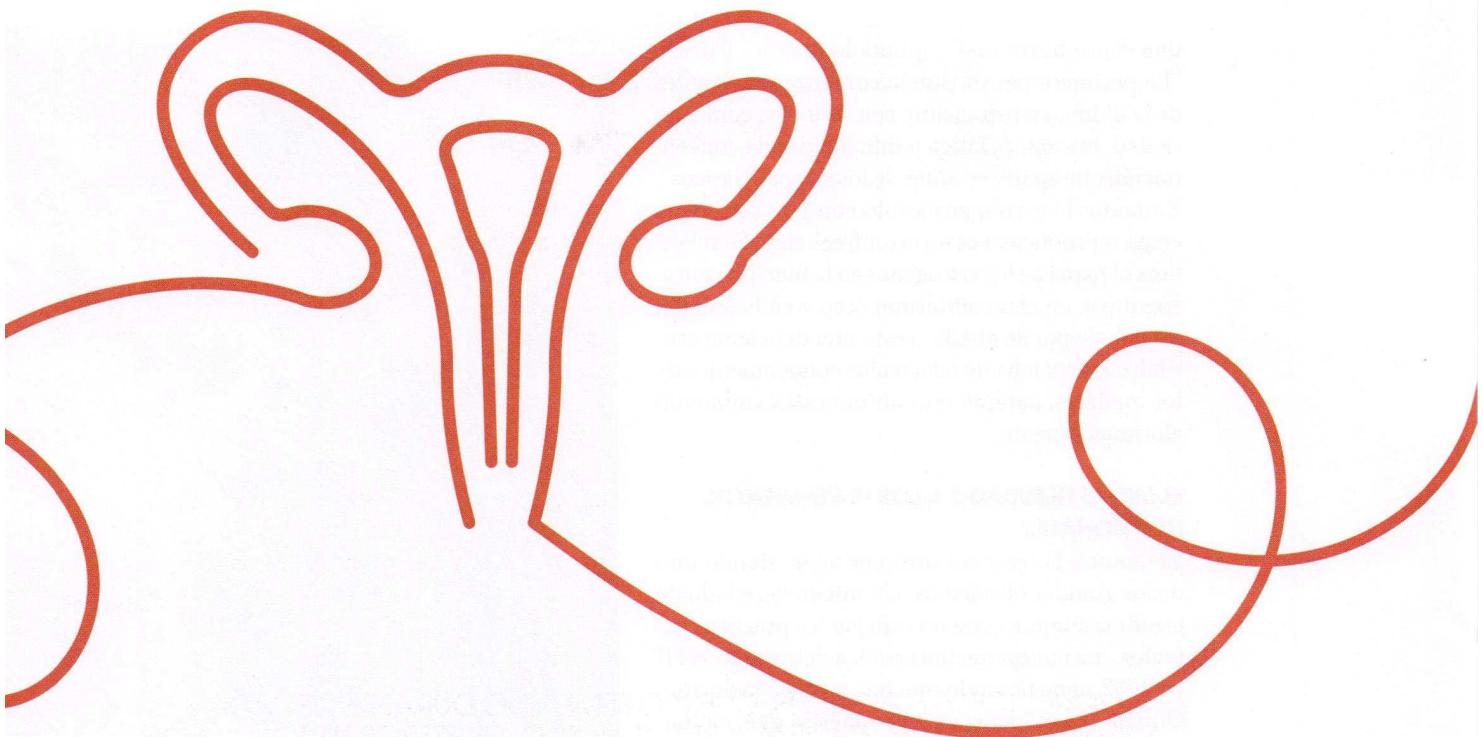
UNA EXCEPCIÓN

Durante mucho tiempo, la medicina se construyó desde una perspectiva masculina. El cuerpo masculino se tomó como "modelo universal", y esto hizo que muchas experiencias propias de las mujeres se ignoraran o se interpretaran mal. "Históricamente, los síntomas de las mujeres se han atribuido a causas psicológicas sin investigar su base hormonal real", explica la doctora María Cortés

Berdonces, jefa de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo. "Durante décadas, síntomas como el insomnio, la fatiga, los cambios de humor o la niebla mental se etiquetaron como nervios o histeria sin reconocer que las fluctuaciones hormonales del estrógeno y la progesterona afectan directamente al sistema nervioso central".

El doctor Marcelino Gómez Balaguer, miembro del grupo Gónada, Identidad y Diferenciación Sexual (GIDSEEN), de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, añade un dato estremecedor: "Incluso en décadas pasadas muchos estudios médicos se hacían solo en hombres o incluso solo en animales machos. Se decía que las hormonas femeninas complicaban o alteraban los resultados". Las mujeres eran consideradas menos fiables a la hora de describir sus síntomas, que carecían así del suficiente valor clínico. Todo se explicaba con frases como "es cosa de mujeres" o "es cosa de hormonas", y con ello se daban por cerrados muchos debates médicos.

Históricamente, la salud femenina se reducía a la capacidad de reproducirse. Si una mujer podía menstruar, quedarse embarazada y dar a luz, se asumía que estaba sana, aunque sufriera dolor crónico, fatiga extrema o malestar constante. Esto



provocaba diagnósticos tardíos, tratamientos inadecuados y enfermedades mal comprendidas.

LO QUE AHORA SABEMOS

Solo recientemente se han puesto en valor los procesos específicos relacionados con la salud de la mujer y las especiales características que adquieren los procesos patológicos por el hecho de ser mujer. "Ahora comprendemos que las hormonas femeninas no solo regulan la reproducción, sino que son moduladoras fundamentales del cerebro y el bienestar general", señala la doctora Cortés. "Los estrógenos, la progesterona y la testosterona actúan sobre múltiples sistemas de neurotransmisores, afectando el estado de ánimo, la cognición, el sueño y la energía".

Las premisas más importantes sobre las que pivota el conocimiento actual son dos: las hormonas en la mujer tienen funciones mucho más allá de lo reproductivo –intervienen en el sistema nervioso central, el sistema autoinmune, el hueso, el metabolismo– y no son iguales en todas las mujeres. "Específicamente, hemos aprendido que la variabilidad del estradiol, no solo sus niveles bajos, y la ausencia de progesterona ovulatoria se asocian con síntomas depresivos durante la perimenopausia", explica la especialista. "También reconocemos que los sínto-

LAS HORMONAS INFLUYEN EN EL CEREBRO, EL SUEÑO, EL DESEO Y EL BIENESTAR

mas no son uniformes: existen distintos fenotipos de mujeres con diferentes agrupaciones de síntomas, lo que requiere enfoques personalizados". Hoy sabemos que muchas enfermedades afectan de forma distinta a las mujeres: desde el infarto hasta las enfermedades autoinmunes o el dolor crónico. Y que el sexo es un factor de riesgo cardiovascular en sí mismo.

LA GRAN OLVIDADA

¿Por qué la perimenopausia y la menopausia siguen llegando tan tarde a la consulta médica? La causa es multifactorial. Por una parte, muchas mujeres han normalizado y asumido los síntomas como parte de su condición, es decir, asimilan los síntomas a un hecho "normal" con la edad. "Porque los síntomas se confunden fácilmente con otras condiciones médicas o psicológicas, y muchas mujeres no reconocen que lo que experimentan tiene

una causa hormonal", apunta la doctora Cortés. "La perimenopausia puede comenzar años antes de la última menstruación, con síntomas como ansiedad, insomnio, fatiga y dificultades de concentración que aparecen antes de los sofocos clásicos". Entender la menopausia solo como el final de la etapa reproductiva es un error frecuente. Se subestima el papel de los estrógenos en la función neurocognitiva, en el metabolismo óseo y en la función sexual. Se puede añadir a esto una deficiente sensibilización y falta de adecuados conocimientos de los médicos, aunque esto último está cambiando afortunadamente.

EL MIEDO HEREDADO A LOS TRATAMIENTOS HORMONALES

El temor a la terapia hormonal sigue siendo uno de los grandes obstáculos. Un miedo heredado de estudios antiguos que no reflejan las prácticas actuales. "La interpretación errónea del estudio WHI de 2002 sigue pesando mucho", explica la doctora Cortés. "La evidencia actual muestra que, en mujeres menores de 60 años o dentro de los diez años desde la menopausia, sin contraindicaciones, el balance beneficio-riesgo es favorable".

Hoy se habla de dosis más bajas, tratamientos personalizados y vías de administración más seguras, como la transdérmica. No se trata de medicalizar la menopausia, sino de ofrecer opciones cuando los síntomas afectan de forma clara a la calidad de vida.

PLACER Y SALUD

Durante años, la falta de deseo femenino se trató casi exclusivamente a nivel psicológico. Sin embargo, la investigación ha demostrado que existe una base hormonal real. "La testosterona en dosis fisiológicas puede mejorar el deseo, la excitación y el placer en mujeres posmenopáusicas", explica la doctora Cortés, aunque recuerda que aún no existen formulaciones aprobadas específicamente para mujeres.

Para el doctor Gómez Balaguer, es clave desterrar la idea de que la pérdida de deseo es algo "normal" con la edad. "Con independencia de la edad, la mujer debe poder disfrutar de una vida sexual plena. El deseo y el placer forman parte de la salud".



¿MEDICAR O ACOMPAÑAR?

La revolución hormonal no consiste en recetar fármacos de forma indiscriminada. Ambos expertos coinciden en la importancia de la individualización. "La transición menopáusica no es una enfermedad", subraya la doctora Cortés. "Pero cuando los síntomas interfieren con el bienestar, merecen atención médica".

El riesgo está en convertir los nuevos tratamientos en una nueva fuente de presión. "No se trata de un café para todas", advierte el doctor Gómez Balaguer. La clave está en ofrecer información rigurosa, opciones reales y respetar la autonomía de cada mujer. En la actualidad se está abogando por el uso de fármacos, hormonales y no hormonales, para combatir los síntomas de la menopausia. Sin duda estos son de gran ayuda y deben ser conocidos y empleados en aquellas mujeres que lo necesiten. La terapia

LA PERIMENOPAUSIA PUEDE COMENZAR AÑOS ANTES DE LA ÚLTIMA REGLA

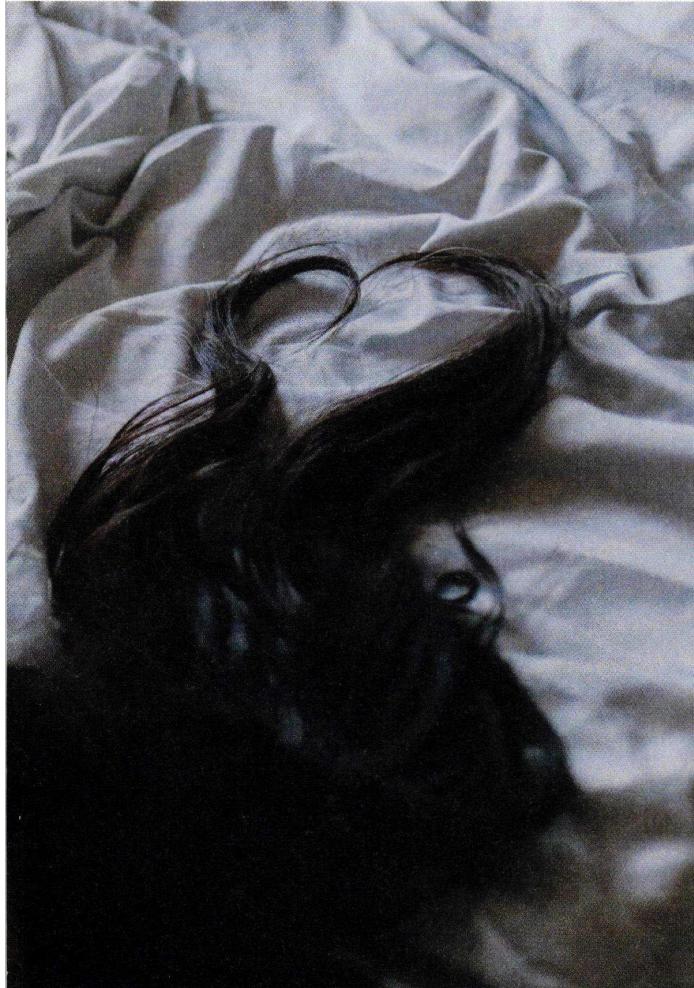


FOTO: GETTY

hormonal sigue siendo el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores –sofocos y sudores nocturnos–, reduciendo su frecuencia aproximadamente un 75 % comparado con placebo. Para mujeres que no pueden o no desean terapia hormonal, existen alternativas no hormonales como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, gabapentina y el nuevo fezolinetant, que reducen los síntomas vasomotores en un 10-25 %. Pero nos encontramos ante un arma de doble filo. La medicalización indiscriminada de estos procesos y la excesiva dependencia farmacológica puede ser peligrosa. "La línea está en el impacto sobre la calidad de vida y el funcionamiento diario de cada mujer", advierte la doctora Cortés. "No todas las mujeres experimentan síntomas problemáticos durante la menopausia, y la transición menopáusica en sí no es una enfermedad". Sin embargo,

cuando los síntomas son moderados a severos e interfieren con el trabajo, las relaciones o el bienestar general, merecen atención médica.

Desde el punto de vista clínico, muchas mujeres se pueden beneficiar de los tratamientos, pero no todas. La mejor manera para evitar que los nuevos fármacos se conviertan en otra fuente de presión sobre las mujeres es la individualización para discernir quién y cómo se va a actuar de una forma personal y acorde a las necesidades reales.

LO QUE TODAS DEBERÍAMOS SABER

Hay puntos clave que toda mujer debería conocer: las hormonas llamadas femeninas no solo incluyen los estrógenos, también la testosterona y la progesterona. No solo tienen un papel reproductivo o gestacional, son importantes en otras funciones del organismo como el cerebro, el hueso o el metabolismo. Los síntomas de la menopausia pueden mejorarse y la mujer que atraviesa esta etapa debe ser particularmente atendida para prevenir otros procesos. Por último, que la atención médica debe ser individualizada y realizada por médicos expertos en el seno de equipos especializados.

LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA PUEDEN MEJORARSE DE FORMA PERSONALIZADA

UN CAMBIO MÁS ALLÁ DE LOS FÁRMACOS

Practicar medicina hoy en día implica escuchar, preguntar y no minimizar. "Significa reconocer que síntomas como ansiedad, insomnio o niebla mental pueden tener causas hormonales y no asumir automáticamente que son psicológicos", explica la doctora Cortés.

La revolución hormonal no promete soluciones milagro sino algo más importante: que el malestar femenino deje de ser invisible y que la salud de las mujeres se piense desde su propia realidad. Y queda una conversación pendiente: hablar sobre los síntomas cognitivos y del estado de ánimo de la perimenopausia, que a menudo aparecen años antes de los sofocos y se confunden con trastornos psiquiátricos primarios. Reconocerlos, nombrarlos y tratarlos es parte de esta revolución que ha comenzado. ■