

Artículo

## Teníamos Razón, Claro que sí La Menopausia, una Transición Compleja. Reflexiones Acerca de un Necesario Cambio de Paradigma Propuesto por la Medicina Oficial

Anna Freixas-Farré

Universidad de Córdoba, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Septiembre 9, 2024  
Aceptado: Septiembre 26, 2024

#### Palabras clave:

Menopausia  
Feminismo  
Salud mental

### RESUMEN

En este artículo se revisan algunos de los artículos publicados en marzo de 2024 en la revista *The Lancet* sobre la menopausia. En ellos se hace una reflexión crítica acerca de las posiciones que la medicina oficial ha mantenido durante los últimos cincuenta años en las que se ha definido la menopausia como una enfermedad por déficit hormonal que debía ser tratada. Reconociendo los perjuicios que estos tratamientos han conllevado en la salud de las mujeres y la consecuente estigmatización de esta transición, *The Lancet* propone iniciar una conversación que transforme el corpus teórico, incorporando gran parte de las tesis sostenidas por las posiciones críticas feministas. En este artículo se analizan los argumentos mantenidos por la medicina oficial y también las tesis del pensamiento crítico feminista, celebrando la nueva coincidencia de propuestas y argumentaciones, especialmente en lo que hace referencia a la salud mental y a la consideración de la menopausia como un proceso natural del ciclo vital con enormes consecuencias positivas en la vida de las mujeres.

## We Were Right, of Course we Were Right Menopause, a Complex Transition. Reflections on a Necessary Paradigm Shift Proposed by Official Medicine

### ABSTRACT

This essay reviews some of the articles on menopause published in March 2024 by the magazine *The Lancet*. These articles critically reflect on the position that official medicine has maintained over the last fifty years by defining menopause as a disease caused by hormone deficiency that must be treated. While acknowledging the damage that these treatments have caused to women's health and the resulting stigmatization of this transition, *The Lancet* suggests initiating a conversation in order to transform the theoretical corpus by incorporating a large part of the theses supported by critical feminist positions. This essay analyzes the arguments sustained by official medicine as well as the theses of critical feminist thought. It celebrates the latest coincidence of proposals and arguments, especially with regard to mental health and the consideration of menopause as a natural process within the life cycle, with enormous positive consequences in women's lives.

**Keywords:**  
Menopause  
Feminism  
Mental health

Cómo citar: Freixas-Farré, Anna (2025). Teníamos razón, claro que sí. La menopausia, una transición compleja. Reflexiones acerca de un necesario cambio de paradigma propuesto por la medicina oficial. *Apuntes de Psicología*, 43(1), 69-77. <https://doi.org/10.70478/apuntes.psi.2025.43.07>

Autora de correspondencia: Anna Freixas-Farré, [annafreixasfarre@gmail.com](mailto:annafreixasfarre@gmail.com)

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

*Recientemente no sólo nos hemos dado cuenta del silencio de las mujeres, sino también de la dificultad para escuchar lo que dicen cuando hablan.*

(Gilligan, 1982/1991, p. 174 de la publicación en español)

### Ya os lo Dijimos

No se había cumplido ni un mes desde la salida de la edición revisada y actualizada de mi libro *Nuestra menopausia. Una versión no oficial* (Freixas, 2007/2024), a mediados de febrero de 2024, cuando el día 9 de marzo la prestigiosa revista británica *The Lancet*, fundada en 1823 y uno de cuyos objetivos es “hacer la ciencia asequible de manera que la medicina pueda ser útil, transformar la sociedad e impactar positivamente sobre las personas”, publicó en su volumen 403 un monográfico con el título *Menopause 2024*, en el que se pueden encontrar un total de siete aportaciones: el editorial, cuatro artículos en *Series* y dos artículos más en *Perspectives*: todos ellos dedicados a hacer una reflexión crítica sobre la posición que la medicina oficial ha mantenido durante los últimos más de sesenta años acerca de la menopausia y a plantear la necesidad de incorporar en la argumentación vigente buena parte de las aportaciones del pensamiento feminista. En este material se reconocen muchos de los argumentos con que las pensadoras feministas desde una perspectiva crítica se han opuesto durante décadas a la *versión oficial*. Con la expresión *versión oficial* me referiré a lo largo de todo el artículo a la posición predominante en la clase médica y farmacéutica que ha medicalizado la menopausia y estigmatizado el ciclo vital de las mujeres.

Veamos. El editorial se titula *Time for a balanced conversation about menopause* (*Ha llegado la hora de una conversación equilibrada acerca de la menopausia*) y empieza con el siguiente párrafo:

Para la mayoría de las mujeres la menopausia es una etapa natural de la vida que transitan como parte del envejecimiento biológico. Sin embargo, como queda claro en esta *Series* de cuatro artículos publicados por *The Lancet*, la industria menopáusica y los individuos con evidentes intereses comerciales han sobremedicalizado la menopausia.

La consideración de este periodo natural de transición como una enfermedad hormonodeficiente que puede ser aliviada únicamente mediante el reemplazo de las hormonas perdidas, alimenta las actitudes negativas hacia la menopausia y exacerba el estigma. (*The Lancet*, 2024, traducción libre de la autora).

En estos artículos, se afirma, “defendemos un nuevo acercamiento que va más allá del tratamiento de los síntomas y que parte de un modelo más amplio que apoya a las mujeres en esta transición vital desde un planteamiento empoderador” (Hickey et al., 2024).

*Ara t'escolto* (“Ahora te escucho”, o: “Ahora podemos hablar, porque vas por buen camino”) diría mi padre. -A partir de este momento podemos disponernos a conversar de tú a tú como propone

el enunciado del editorial de *The Lancet*, partiendo de un discurso sensible en el que el cuerpo y la vida de las mujeres se pongan en el centro. En este plural englobo la voz de tantas mujeres que durante años han argumentado desde el feminismo y sé que comparten con alegría el contenido de este artículo. (Va por todas nosotras, amigas).

En estos artículos se puede constatar un deseo claro de transitar de un enfoque clínico y medicalizador centrado en los signos (que no “síntomas”, ya que no estamos hablando de una enfermedad) asignados a la menopausia, hacia un modelo en el que se plantea la necesidad de la toma de posesión de este proceso por parte de las propias mujeres, a través de su empoderamiento. Con el fin de optimizar la salud en esta transición, se subraya la necesidad de tener en cuenta la diversidad de factores que modifican la menopausia como una experiencia única y personal de cada mujer, experta conocedora de su cuerpo y con capacidad de agencia para la toma informada de las decisiones que le competen.

### El Argumentario Oficial

En los países del primer mundo, la menopausia siempre había sido una transición natural y esperable en el ciclo vital de las mujeres; un hecho que clausuraba el tiempo de la fertilidad que se había iniciado con la menarquia. Se consideraba un momento deseable y normalmente era bien recibido, dado el amplio abanico de beneficios que aporta a la vida femenina. Sin embargo, a partir de mediados del siglo XX, las mujeres vieron transformada esta transición natural en un problema médico. Fue cuando el ginecólogo canadiense Robert Wilson publicó su libro *Feminine Forever* (Wilson, 1966) en el que definía la menopausia como una enfermedad debida al déficit hormonal: una enfermedad curable y prevenible, según él. A partir de ese momento se inicia una imparable construcción biomédica de esta transición, cuyos signos y síntomas se afirma que pueden y deben ser tratados. No deja de sorprender que un hecho normativo en el programa evolutivo de las mujeres fuese definido como una enfermedad también normativa y que la clase médica aceptase semejante yatrogenia sin pestañear. Y, más aún, que fueran concededores de las consecuencias negativas del tratamiento hormonal y no hayan sido juzgados por ello.

Además, Wilson describió la menopausia como el inicio del deterioro físico, vinculándola con la pérdida definitiva de la feminidad. Este aspecto ha causado gran desasosiego en las mujeres, especialmente a las de opción heterosexual, y ha sido una inagotable fuente de enriquecimiento para lo que se conoce como *la industria menopáusica*, término que tomo prestado de Sandra Coney (1994).

Con anterioridad a esa fecha se otorgaba poca consideración médica a esta transición, aunque en la década de los treinta del siglo XX ya se había iniciado la producción del primer estrógeno sintético, el dietilelbestrol (DES). Este se utilizó ampliamente, a pesar de que desde el principio causó numerosos problemas de

salud y ya en ese tiempo se detectaron sus efectos cancerígenos. Más adelante se fueron sucediendo diversas terapias con hormonas de reposición: ERT, administración de suplementos de estrógeno, y HRT, combinando estrógeno con otras hormonas, normalmente progesterona (Bell, 1994). Así pues, cuando Robert Wilson inició su campaña a favor de la terapia de reposición de estrógeno, la relación de este con el cáncer ya era conocida. A pesar de todo, Wilson aconsejaba que las mujeres lo tomaran indefinidamente, ya que así podían escapar al *horror de ese declinar de la vida*, según sus palabras.

Los primeros estudios sobre el cáncer de endometrio, publicados en 1975 (¡Hace cincuenta años!) en el *New England Journal of Medicine*, señalaban que el riesgo era siete veces mayor entre las mujeres que se habían sometido a terapia hormonal de reposición (Ziel y Finkle, 1975). Estudios posteriores redujeron la incidencia a la mitad (Greer, 1996/2000). A raíz de la oposición mostrada por las investigadoras feministas y la evidencia científica que probaba con una insistencia sólida que las hormonas no sólo no eran la panacea, sino que se llevaban por delante a muchas mujeres, la industria farmacéutica experimentó con nuevas combinaciones y dosis hormonales menos peligrosas, tratando de contrarrestar el estrógeno con progesterona para controlar este nada desdeñable factor de riesgo. Como consecuencia de estas informaciones, después de 1975 hubo un descenso en la prescripción de estrógenos; sin embargo, a partir de 1980 volvió a subir, dado que se pensaba que la adición de la progesterona contrarrestaba los efectos negativos de los estrógenos.

El debate sobre la terapia de reposición hormonal se mantuvo durante muchos años en los medios de comunicación, en los foros científicos, en las consultas médicas y en las mentes de las usuarias, hasta que en julio de 2002 apareció la noticia de que en Estados Unidos se había suspendido el mayor estudio longitudinal sobre terapia hormonal dadas las evidencias que se acumulaban en su contra. El ensayo clínico llevado a cabo por la *Women's Health Initiative* (WHI), en el que estaban implicadas 16.000 mujeres y que iba a prolongarse hasta 2005, fue suspendido por las autoridades sanitarias de los EEUU al comprobar que dicha terapia hormonal conllevaba un incremento de ciertos problemas graves de salud (Rossouw et al., 2002). Estos incluían un aumento en el riesgo de cáncer de mama, de enfermedades coronarias, ictus y trombosis que superaban los posibles beneficios (reducción de las fracturas de cadera y del cáncer colorrectal). En concreto, se demostró que de cada 10.000 mujeres que tomaban la terapia hormonal durante un año se observaban ocho casos más de cáncer de mama invasivo, siete más de ataque cardíaco y ocho más de ictus, con respecto a las mujeres que no la tomaban. Además, el riesgo de padecer accidentes vasculares cerebrales se incrementaba en un 31% entre las mujeres que recibían terapia hormonal (Valls-Llobet, 2003). Los resultados obtenidos dejaban claro que los riesgos superaban los beneficios. A partir de ahí, no han parado de salir a la luz noticias que advierten de que la terapia tampoco es conveniente para evitar la osteoporosis o que no tiene ninguna influencia beneficiosa sobre los signos externos del envejecimiento. Que, por tanto, su

utilización debe limitarse, puesto que los beneficios no compensan los riesgos.

Estos análisis fueron replicados en otros contextos y publicados en revistas de alta calidad científica (Beral et al., 2019), obteniendo idénticas conclusiones: los beneficios de la terapia hormonal en mujeres menopáusicas no superan el riesgo cardiovascular y de cáncer de mama. A raíz de esta reiterada constatación, la mayoría de los protocolos y guías clínicas modificaron sus recomendaciones y añadieron advertencias para su uso. Una de las consecuencias inmediatas de este impactante informe fue la disminución de la prescripción de estrógenos, especialmente en los EEUU donde se realizó el estudio principal, y se pasó de noventa millones de prescripciones en el año 2002 (año en que se publicaron los resultados de la WHI), a sesenta millones en el año 2003. Treinta millones de recetas menos en un año. Lo que se concretó en un descenso de la incidencia de cáncer de mama (Banks y Canfell, 2010).

De todas maneras, algunas sociedades profesionales, aun conociendo este patrón complejo de riesgos y beneficios, han seguido aconsejando el uso de la terapia hormonal para tratar los signos menopáusicos. A pesar de toda evidencia, en nuestro país los laboratorios se apresuraron a informar a sus clientas de que estábamos de suerte, ya que *nuestros* tratamientos eran diferentes y, casualmente, no incluían las hormonas peligrosas: “Las sustancias utilizadas, aunque son de la misma familia, son diferentes”, afirmaba una portavoz de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) (Kolata, 2002). Por su parte, la Agencia Nacional del Medicamento (ANM), en su comunicado del 11 de julio de 2002 sobre los *Riesgos y beneficios del tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos asociados a progestágenos*, se apresuró a ofrecernos una peculiar interpretación de la constatación científica derivada del ensayo clínico de la WHI. Confirma que *el beneficio probado del tratamiento a corto plazo para la mayoría de las mujeres supera a los riesgos potenciales*, cuando en el texto publicado por la WHI en *JAMA* (Rossouw et al., 2002) no aparece referencia alguna a los posibles beneficios del tratamiento a corto plazo. Y, lo más sorprendente, la ANM concluye su comunicado afirmando que *los resultados del estudio [de la WHI] no sugieren que exista ninguna necesidad de que las pacientes interrumpen el tratamiento* (ANM, 2002). Queda patente la consideración que la Agencia Nacional del Medicamento del Ministerio de Sanidad y Consumo de España tiene -o, al menos, tenía en 2002- de las mujeres menopáusicas como enfermas necesitadas de tratamiento.

Los resultados de la WHI causaron una lluvia de artículos, a favor y en contra y fueron los primeros que alertaron a las mujeres -y a la parte de la clase médica que quiso enterarse, como las autoras de los artículos de *The Lancet* que nos ocupan- de que el asunto de las hormonas no era tan sencillo ni tan beneficioso. De manera que, a partir de ese momento, las mujeres acuden a las consultas sabiendo algo sobre el tema, algo que incluye la idea de que no se trata de un tratamiento inocuo, por lo que suelen pedir explicaciones y se muestran más reticentes y menos predisuestas que años atrás.

Tienen criterio propio, buscan información y tratan de documentarse a través de las diversas fuentes a su alcance.

El modelo oficial basado en la menopausia como enfermedad e inicio del declinar físico y mental femenino se ve confrontado con la gran variedad de las experiencias de las mujeres que pone en cuestión una parte importante de sus argumentos. Este discurso se convierte en una fuente de desempoderamiento de las mujeres, lleva a la medicalización y no tiene en consideración los efectos positivos que se producen en esta transición: la mejora en la salud emocional, la liberación de las dificultades menstruales y de los métodos anticonceptivos, el aumento de la energía y el empoderamiento, entre otros.

### El Argumentario Feminista

En este artículo quiero recoger la invitación al diálogo que lanza *The Lancet* y hacer visible el larguísimo camino que hemos recorrido las feministas predicando en el desierto y recibiendo todo tipo de invectivas por parte de la industria menopáusica que ha cuestionado todos y cada uno de los asuntos que ahora en estos artículos se reconocen como centrales. Más vale tarde que nunca, desde luego.

Han sido muchas décadas en las que hemos estado poniendo el dedo en la llaga, en las que millones y millones de mujeres han sufrido en su cuerpo y en su mente las consecuencias del empecinamiento de una industria menopáusica que ha hecho del ciclo vital femenino su *modus vivendi*. Un discurso oficial que ha generado pánico en las jóvenes desde mucho antes de que la menopausia apareciera en su horizonte, que nos ha arruinado y enfermado con la promesa de la eterna juventud, que ha pulverizado nuestra autoestima y el respeto hacia nuestro propio cuerpo y nos ha amenazado con multitud de enfermedades si no éramos obedientes y nos sometíamos a tratamientos que desde el inicio sabían que eran dañinos, muy dañinos.

El pensamiento crítico feminista ha argumentado sin desaliento, durante años y años, a favor de la normalización de la menopausia como un proceso natural de enorme valor en el ciclo vital femenino, como una transición empoderadora y saludable, frente a la idea transmitida por el discurso biomédico de que se trata de una enfermedad que marca el inicio del decaimiento físico y mental de las mujeres. El principio del fin.

Concedoras del impagable valor de la genealogía, hemos escuchado la voz de las mujeres para conocer los intrínquilis de esta experiencia diversa, con el fin de validar su vivencia en sus propias palabras.

Hemos animado a las mujeres a conversar con quienes ya han vivido este momento -abuelas, madres, hermanas, amigas- cuyo saber y experiencia pueden contribuir a desvanecer los temores que suscita el discurso oficial y a deshacer los nudos emocionales y los temores subyacentes.

Hemos subrayado la necesidad de disponer de un sistema de salud empático con el ciclo reproductivo de las mujeres y especial-

mente con la menopausia. Hemos reclamado una escucha sensible por parte del personal sanitario que atienda a cada una de las mujeres como un ser único, aplicando una mirada holística que abarque el cuerpo y la vida como una unidad explicativa.

Hemos abogado por la necesidad de una investigación científica libre de intereses económicos, que informe y documente acerca de la menopausia, teniendo en cuenta la palabra y la experiencia de todas las mujeres, las que recurren a la atención médica y las muy numerosas que no lo hacen.

Hemos remado a favor de la desestigmatización de la menopausia, tratando de que se reconozcan e identifiquen sus aspectos positivos. Para ello hemos puesto nombre a los estereotipos negativos derivados del modelo de la feminidad heteropatriarcal que han sometido a las mujeres y cercenado su libertad y espontaneidad.

Dado que las mujeres sufren un mayor estrés laboral que los hombres, a consecuencia de las altas exigencias y la falta de apoyo que experimentan en el mundo del trabajo (Hardy et al., 2018), hemos argumentado acerca de la necesidad de elaborar propuestas que contribuyan a la configuración de entornos laborales sensibles y positivos que se adapten a los diferentes momentos corporales y vitales de las trabajadoras (Rees et al., 2021).

Hemos reclamado una sociedad que reconozca el valor inestimable de las mujeres postmenopáusicas en el sostenimiento de la vida, su aportación a la civilización del mundo, a su pacificación, así como su contribución -a través de su buen hacer- a la construcción de una sociedad más humana y de un mundo más vivible. En palabras de Martha Hickey, una sociedad en la que se otorgue una “mayor valoración a la increíble contribución que las mujeres mayores hacen a nuestra economía y comunidades” (Samarasekera, 2024).

En cuanto a los signos menopáusicos y sus tratamientos, hemos proporcionado de forma continua e incansable información acerca de algunos asuntos que pueden contribuir a mejorar la transición menopáusica. Ahí van unos ejemplos:

- Que los signos vasomotores tienen un tiempo de duración limitado y que son más frecuentes e intensos en el primer año de la desaparición de la regla.
- Que la mayoría de los tratamientos son *pan para hoy y hambre para mañana*, dado que los signos que desaparecen con ellos reaparecerán en cuanto se suspenda la medicación, a la espera de que el cuerpo se habitúe a vivir con un nivel diferente de hormonas.
- Que determinados estilos de vida -el alcohol, el tabaco y la alimentación- pueden empeorar los signos vasomotores.
- Que el estrés es mal compañero de los diversos malestares menopáusicos y que algunas estrategias psicoterapéuticas pueden colaborar a su reducción y a la mejora del ánimo y del sueño.
- Que determinadas creencias, ideas, pensamientos pueden contribuir a la exacerbación de signos no deseados, al aumentar el nivel de ansiedad ante su eventual aparición.

A todas estas propuestas hemos llegado partiendo del conocimiento que nos ha proporcionado nuestra propia experiencia como mujeres con y sin reglas y también a través de la conversación entre nosotras y con nuestras antecesoras. Pero por encima de todo porque nos hemos podido apoyar en las palabras y trabajos de algunas insignes pensadoras como [Margaret Mead \(1939/1990\)](#) y [Germaine Greer \(1991/1993\)](#), entre otras muchas, quienes con sus reflexiones nos invitaron a confiar en nuestra propia experiencia. Nos advirtieron acerca de las dolorosas consecuencias de los cantos de sirena que nos prometen la eterna juventud mientras nos desposeen de nuestra autoestima y de la posibilidad de disfrutar de la experiencia de la edad.

### Nuevos Argumentos en el Horizonte

Tuvimos que esperar hasta el año 2005 a que el *US National Institutes of Health* (NIH), recogiendo parte de las aportaciones del feminismo, advirtiera sobre la necesidad de desmedicalizar la menopausia y mostrarla como una transición natural en el ciclo vital de las mujeres ([NIH State-of-the-Science Panel, 2005](#)). A pesar de lo cual han tenido que pasar otros diecinueve años para que una revista médica, *The Lancet*, se tomara en serio esta advertencia y presentara la documentación a la que me estoy refiriendo en este artículo. En ella podemos encontrar una amplia información, de la que voy a destacar sólo algunos aspectos en los que coincidimos plenamente; una información que, sin embargo, deberá ser ampliada y documentada en los próximos años, dado que propone un cambio de rumbo epistemológico al que, sin duda, la industria menopáusica se resistirá con firmeza:

- La menopausia es una transición normativa y natural del ciclo vital de las mujeres.
- La menopausia es una experiencia individual mediada por numerosos elementos corporales, psicológicos, contextuales, sociales y vitales.
- Es imprescindible un reconocimiento de la complejidad de las experiencias de las mujeres en el tiempo de la transición menopáusica, complejidad que va mucho más allá de una perspectiva médica ([Samarasekera, 2024](#)).
- La experiencia de la menopausia varía enormemente de unas mujeres a otras: mientras algunas mujeres se enfrentan a numerosos signos y malestares, otras ni se enteran.
- La mayoría de las mujeres tienen pocos o ningún signo en la transición menopáusica y los únicos signos atribuibles a ella son de carácter vasomotor (sofocos, sudores nocturnos) ([Avis et al., 2018](#)), la sequedad vaginal (y de todo el cuerpo) y, en ocasiones, alteraciones del sueño, a menudo relacionadas con los sofocos y el estrés ([NIH State-of-the-Science Panel, 2005](#)).
- Los efectos de los cambios hormonales pueden ser difíciles de diferenciar de las circunstancias personales que concurren en ese momento del ciclo vital, tales como el cuidado de

los progenitores e hijas o hijos no independizados, trabajo remunerado y doméstico, y otras circunstancias vitales concomitantes que actúan como estresores y afectan al ánimo, la cognición y la sexualidad.

- La Terapia Hormonal de la Menopausia (MHT) es el tratamiento más efectivo para los signos vasomotores, pero no carece de riesgos (la constatación científica sostiene que se da un caso de cáncer de mama por cada 50 mujeres que la toman).
- Las terapias cognitivo-conductuales pueden ayudar a controlar algunos de los signos vasomotores y mejorar el ánimo y el sueño.
- Disponer de una información imparcial, libre de intereses económicos, antes y después de la menopausia, es crucial para facilitar la toma de decisiones.
- Es necesaria una mayor investigación sobre los temas que son prioritarios en la salud de las mujeres.
- No hay constancia de que los eventuales problemas de memoria y concentración que a menudo se observan en el periodo del cambio se relacionen con un deterioro cognitivo a largo plazo.
- Se necesita una mayor información y formación que permita una correcta comprensión de la transición menopáusica por parte de las y los profesionales de la salud y también en los espacios laborales.
- La transición menopáusica libera a las mujeres de las reglas y sus malestares y supone una invitación para sentirse felices, fuertes, saludables y empoderadas, reafirmando su nueva identidad.

Estos son sólo algunos de los asuntos que se tratan en estos artículos. Una importante declaración de principios que debería marcar un cambio de rumbo estructural en la atención biopsicosocial a las mujeres y, a la vez, contribuir al desvanecimiento de los estereotipos negativos actualmente asociados a esta transición vital. El reconocimiento de la menopausia como una experiencia individual en la que interactúan numerosos aspectos, se opone al carácter determinista de lo biológico y permite una mirada holística en la que el cuerpo y la vida establecen un diálogo, argumentado hace ya medio siglo en el paradigmático libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* ([Boston Women's Health Collective, 1971/1980](#)) gracias al cual nos hemos adentrado en nuestra sexualidad y al conocimiento de los intrínquilos de nuestro cuerpo.

Me parece interesante destacar que, aunque Martha Hickey y sus colaboradoras ([Hickey et al., 2024](#)) reconocen algunos posibles beneficios de la terapia hormonal para la menopausia (*Menopausal Hormone Therapy, MHT*, anteriormente denominada terapia de sustitución hormonal, *Hormone Replacement Therapy, HRT*), a la vez advierten acerca de la necesidad de una mayor claridad sobre sus riesgos y beneficios, de una mayor transparencia respecto a su comercialización y, sobre todo, nos ponen en alerta sobre la

frecuente utilización de términos que inducen a creer que nos encontramos ante productos seguros.

Me ha interesado mucho la consideración que hacen estas autoras acerca de la incidencia que determinadas actitudes, creencias y sentimientos pueden tener en la intensidad de algunos malestares, especialmente los de tipo vasomotor, y, en consecuencia, en la mejor o peor vivencia de la menopausia. Por ejemplo, identifican que la actitud personal hacia la menopausia, los pensamientos con que se valora el envejecer y también el estilo de vida (la dieta y el ejercicio) pueden ser facilitadores o, por el contrario, perturbadores en esta vivencia.

Mi experiencia de todos estos años, en los que he conversado con mujeres muy diversas, me ha llevado a concluir que quienes más adheridas están al modelo de feminidad heteropatriarcal, las que se sienten más preocupadas por los cambios corporales que indefectiblemente relacionan con el cambio hormonal y no con el transcurso vital, son las que peor viven esta transición. Algo parecido les ocurre a aquellas mujeres que, a pesar de que en teoría manejan el argumentario feminista, sin embargo, en la práctica son incapaces de aplicárselo y sucumben ante el cúmulo de informaciones contradictorias y el poder de la promesa de un bienestar al alcance de la mano, aparentemente inocuo. Entonces, suelen aceptar el tratamiento hormonal, aunque posteriormente reconocen su ineficacia, o los problemas de salud que les ha ocasionado.

Apoiando esta hipótesis, algunos estudios constatan que las actitudes negativas hacia la menopausia se relacionan con su vivencia, de manera que las mujeres con un argumentario neutro o positivo hacia esta transición suelen vivirla con un mayor sentimiento de control que las que tienen actitudes negativas (Ayers et al., 2010). Habrá que analizar en profundidad este asunto introduciendo en la investigación el peso de la variable de los mandatos de la feminidad heteropatriarcal y las creencias previas acerca de la menopausia. En definitiva: habrá que ofrecer una información realista, imparcial y documentada, suficientemente comprensible y libre de intereses comerciales, tanto al personal sanitario como a las propias mujeres, para que puedan tomar decisiones propias.

### Una Salud Mental a Prueba de Bombas

Desde nuestra condición profesional resultan especialmente interesantes las reflexiones e informaciones que aporta el tercero de los artículos de esta *Series* dedicado a la relación entre menopausia y salud mental (Brown et al., 2024).

Es sabido que dentro del discurso biomédico se ha utilizado durante décadas un poderoso argumentario que gira en torno a la presunta fragilidad mental y emocional de las mujeres, a quienes se las ha considerado desde niñas dominadas por las hormonas y la emotividad; seres irritables e inestables (en una palabra: difíciles), que viven controladas por los ciclos menstruales. Y la menopausia sería el tiempo de su máxima expresión.

Es sorprendente el historial de patologías de carácter psiquiátrico y psicológico que desde 1816 hasta el momento se han ido describiendo como presuntamente relacionadas con la menopausia (Mattern, 2019). Estas van de la *histeria*, también asombrosamente denominada *afección nerviosa del útero*, pasando por la *melancolía*, hasta otras circunstancias psicopatológicas más graves, como el pensamiento paranoico, la esquizofrenia y la psicosis, la ansiedad y la tendencia al suicidio, todo lo cual llevó a incluir estas patologías en la gama de posibilidades que ofrece la menopausia y, de paso, a extender la creencia de que la transición menopáusica se asocia de manera universal con una pobre salud mental: una etapa peligrosa en la vida de las mujeres.

La amenaza que supone este abanico de diversos males que acechan al equilibrio psicológico en la menopausia ha limitado la libertad de expresión emocional de las mujeres, amenazadas por términos psicopatológicos demoledores como *irritables*, *ansiosas*, *de mal carácter*, *depresivas*, *con mal genio*, entre otros, que se condensan socialmente en el estigma de la palabra *menopáusica*. Este relato oficial es profundamente desmoralizador y arrasa con la autoestima de las mujeres mucho antes de que la menopausia asome en su horizonte, de modo que el temor a unas condiciones mentales lábiles en este periodo se instala en las expectativas de las mujeres.

Para reforzar tales afirmaciones se han utilizado, además, criterios presuntamente clínicos al señalar que la depresión y/o la ansiedad son las fragilidades psicológicas y/o psiquiátricas con las que buena parte de las mujeres tendrán que lidiar sí o sí durante la menopausia. La literatura al respecto está plagada de trabajos que relacionan depresión, mayor o menor, con menopausia, a pesar de que no se ha encontrado una sola evidencia que confirme un aumento universal en el riesgo de esta patología. Los datos sugieren que en las mujeres sin antecedentes depresivos importantes el riesgo absoluto de síntomas depresivos en la transición menopáusica no es elevado (Brown et al., 2024). Es necesario conocer los factores de vulnerabilidad para comprender por qué algunos subgrupos de personas pueden tener síntomas depresivos. Resultados similares se encuentran cuando se estudia la ansiedad, señalándose que, dado que esta puede causar algunos signos vasomotores, reducirla puede ser beneficioso para aliviar los sofocos (Freeman y Sammel, 2016). En el artículo dedicado a la salud mental, Lydia Brown y sus colaboradoras afirman que no han encontrado una evidencia que demuestre que existe un riesgo elevado generalizado de la aparición de trastornos como la ansiedad, la bipolaridad o la psicosis en la transición menopáusica.

Por otra parte, aunque en el estudio de Carolyn Gibson y colaboradoras se afirma que no hay datos que avalen que la menopausia por sí misma pueda relacionarse con un riesgo de suicidio, sin embargo, sí hay estudios que relacionan la terapia hormonal con el suicidio alcanzado o en forma de tentativa, aunque no se conocen de manera clara las razones (Gibson et al., 2021). Me parece un asunto que debemos seguir investigando.

En los artículos de *The Lancet* queda claro que, aunque se haya repetido reiteradamente que las afecciones de la salud mental

como la depresión o la ansiedad aumentan durante la transición a la menopausia, no es algo que pueda confirmarse, ya que *la mayoría de las mujeres no desarrollan problemas de salud mental en la menopausia* (Samarasekera, 2024, p. 893). Así pues, dado que lo único que se puede afirmar es que solo un pequeño grupo se ve afectado por este riesgo, dicha amenaza al bienestar mental de las mujeres no debería formar parte del discurso de salud, sino justamente el argumento contrario: habría que informar con claridad e insistencia a las mujeres de que *es poco probable que con la menopausia se desarrollen problemas de salud mental*, lo cual nos deberá servir de base para elaborar nuevos enfoques de prevención y apoyo.

### Un Urgente Cambio de Paradigma

Las diversas autoras de los artículos de *The Lancet* concluyen que necesitamos un cambio de paradigma, algo que el pensamiento feminista lleva lustros planteando. Pero, ¿cómo vamos a poder transformar este argumentario perverso y profundamente instalado en los discursos que permea toda nuestra cultura y hunde a las mujeres en un pozo de impotencia?

Frente a la versión oficial estigmatizante que considera que la salud física y mental de las mujeres está a merced de las hormonas, las pensadoras feministas identificamos en la menopausia un tiempo de renovación. Una invitación a mostrar el papel social y vital de las mujeres mayores y reconocerlas como garantes del buen hacer y del sostenimiento equilibrado de la vida.

Desde siempre hemos hecho hincapié en la necesidad de que se tengan en cuenta los elementos concomitantes con la menopausia, como la variabilidad en la salud individual, las complicadas transiciones de rol relativas a la maternidad, la vida laboral y afectiva y el estrés de la mediana edad. Además de la incidencia que sobre la vivencia de la menopausia tienen algunos elementos psicosociales claramente perturbadores, como los problemas económicos, el desempleo, la falta de apoyo social, las tensiones vitales y la violencia, que consideramos predictores claros de malestares diversos en el tiempo de la menopausia (Rössler et al., 2016).

Estamos convencidas del enorme papel que puede desempeñar el personal sanitario en su conjunto en la normalización de la menopausia, a través de la práctica clínica y en el acompañamiento de las mujeres. Para que ello sea posible, esta comunidad de profesionales deberá llevar a cabo un proceso de revisión de las ideas, creencias y estereotipos que en su pensamiento están asociados al cuerpo y la vida de las mujeres. Formarse, conocer la complejidad de la mediana edad y saber escuchar y otorgar valor a las palabras de las mujeres. Además, conocer cómo se desarrolla la menopausia en otras sociedades en las que esta transición confiere poder a las mujeres y no las devalúa y estigmatiza, como, por ejemplo, en las comunidades indígenas de Australia (Jurgenson et al., 2014), puede contribuir a desvanecer ideas que en nuestra cultura parecen evidentes e inmutables. A partir de ahí es posible ofrecer una asistencia empática y de calidad en la que no se asuma automáticamente que cualquier malestar que se presenta alrededor de los cin-

uenta años tiene su explicación en la menopausia, sino analizarlo y enfocarlo exactamente igual que si se produjera en cualquier otro momento del ciclo vital.

Sabemos que nuestra salud mental se ve influenciada en todo momento por factores psicosociales y culturales. No es de extrañar que, en el tiempo de la menopausia, marcado por unas expectativas sociales y culturales tan negativas, resulte difícil mantener la estabilidad y el ánimo incólumes. No parece fácil atravesar sin malestares un momento del ciclo vital que está plagado de amenazas acerca de la salud mental y de la exclusión social y afectiva.

Uno de los aspectos que me parece más interesante y con mayor recorrido futuro es el reconocimiento de que los miedos relacionados con los signos menopáusicos pueden contribuir su agravamiento y/o al empeoramiento de su vivencia. Necesitamos conocer en qué medida las expectativas negativas llevan a una apreciación e interpretación que genera un sufrimiento innecesario y evitable. A modo de ejemplo: (a) tener un sofoco y pensar que todo el mundo se dará cuenta; (b) pensar que los sofocos no van a irse jamás; (c) estar convencida de que se está entrando en un tiempo de exclusión; pensamientos, entre otros muchos posibles, que cargan de emotividad y temor esta transición y empeoran la vivencia de los posibles signos asociados.

Parece claro que algunos recursos psicológicos personales pueden ser de gran utilidad en este tiempo: el optimismo, la capacidad de desdramatizar, la seguridad personal, tener una buena imagen corporal y un sentimiento de capacidades de agencia y de control suficientes sobre la propia vida (Süss y Ehlert, 2020). Y, por encima de todo, disponer de apoyo social, conversar con otras mujeres, elaborar estrategias para la reducción del estrés y mantener un cierto nivel de ejercicio físico, cuidar la alimentación y el estilo de vida, entre otros muchos recursos posibles, pueden contribuir a hacer de la menopausia una experiencia de afirmación e identidad; en palabras de Martha Hickey, *las mujeres no necesitan indefectiblemente cuidados médicos en la menopausia, les basta con ser escuchadas, respetadas y apoyadas* (Samarasekera, 2024, p. 893).

### Próxima Parada: la Estación de la Libertad

Entre las mujeres pre y postmenopáusicas (es decir, todas) hay una corriente de opinión que sustenta el deseo de que la menopausia deje de ser un tema tabú, que salga del armario de las tinieblas sociales y se convierta en algo sobre lo que se pueda hablar abierta y tranquilamente. De la misma manera que en la Ley Orgánica 1/2023 (BOE 51, de 1 de marzo de 2023), se reconoce la regla como una circunstancia a tener en cuenta en la vida de las mujeres, lo cual ha permitido abordarla en el lenguaje cotidiano, quizás se pueda desarrollar un argumentario social y público que normalice esta transición y contribuya a desvanecer su estigma.

Para conseguirlo deberemos encaminar nuestros esfuerzos hacia la promoción de un cambio cultural que lleve a la desaparición del mancha vergonzante que actualmente tenemos asociada a la meno-

pausia. Favorecer una conversación abierta sobre el tema en la que las mujeres puedan compartir experiencias y estrategias, y siempre y en todas las oportunidades posibles promover imágenes positivas de esta transición, con el fin de contribuir a desvanecer los estereotipos y a crear nuevos modelos acordes con la realidad de la experiencia de una amplia mayoría. Es este un proyecto complejo y de largo alcance. En absoluto sencillo. Tiene muchas aristas y debemos evitar que algunas propuestas puedan volverse en contra de los objetivos deseados.

Al respecto quiero ofrecer un ejemplo que me parece excelente. Un diccionario árabe online, *Al Maany*, en 2021 agregó una entrada en la que cambia la descripción que se hacía de la menopausia como *Age of Despair* (edad de la desesperación) por *Age of Renewal* (edad de la renovación) (Clarke, 2021). Tomaron esa decisión a partir de los resultados de una investigación en la que participaron profesionales de la medicina y de la comunicación y que mostró que el 82% de las mujeres deseaba que para la transición menopáusica se utilizara un término que por encima de todo incluyera un componente positivo. Se barajaron otros nombres posibles (*edad de la sabiduría, edad de la madurez, edad de la comodidad*), acepciones todas posibles e interesantes que, utilizadas en nuestra cotidianeidad, probablemente contribuirían a transformar el imaginario actual y a normalizar acepciones más positivas y veraces, siempre con el objetivo de desvanecer algunos de los temores con que las mujeres jóvenes anticipan esta transición.

Parece llegado el momento de abrir un debate social en el que las mujeres podamos diseñar y mostrar *otra menopausia*. Elaborar un discurso en el que se haga un reconocimiento de los beneficios y ventajas de esta transición vital normativa y a partir del cual nos podamos situar en un tiempo de veracidad, autenticidad y libertad hasta el momento desconocidas.

Liberadas de los mandatos de la feminidad heteropatriarcal, podemos ahora, en palabras de Margaret Mead, desplazarnos por las siguientes décadas que la vida nos ofrece con la seguridad de la brillante energía y la creatividad que la menopausia nos proporciona.

### Conflicto de Intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

### Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

### Referencias

- ANM (2002). *Nota informativa para usuarias de tratamientos hormonales sustitutivos con estrógenos asociados a progestágenos*. Subdirección General de Seguridad de Medicamentos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. [https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2002/docs/THS-estrogenos-progestagenos\\_usuarias.pdf](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2002/docs/THS-estrogenos-progestagenos_usuarias.pdf)
- Avis, Nancy; Crawford, Sybil L. y Green, Robin R. (2018). Vasomotor symptoms across the menopause transition: Differences among women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45, 629-640. <https://doi.org/10.1016%2Fj.ogc.2018.07.005>
- Ayers, Beverly; Forshaw, Mark y Hunter, Myra S. (2010). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas* 65, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.10.016>
- Banks, Emily y Canfell, Karen (2010). Recent declines in breast cancer incidence: mounting evidence that reduced use of menopausal hormones is largely responsible. *Breast Cancer Research*, 12, 103-105. <https://doi.org/10.1186/bcr2463>
- Bell, Susan (1994). From local to global: Resolving uncertainty about the safety of DES in menopause. *Research in Sociology and Health Care*, 11, 41-56.
- Beral, Valerie; Peto, Richard; Pirie, Kristin y Reeves, Gillian (2019). Menopausal hormone therapy and 20-year breast cancer mortality. *The Lancet*, 94(10204), 1139. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32033-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32033-1)
- Boston Women's Health Collective (1971/1980). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Icaria.
- Brown, Lydia; Hunter, Myra S.; Chen, Rong; Crandall, Carolyn J.; Gordon, Jennifer L.; Mishra, Gita D.; Rother, Viktoria; Joffe, Hadine y Hickey, Martha (2024). Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*, 403(10430), 969-983. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02801-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02801-5)
- Clarke, Millicent (2021). It's time to normalise conversations about menopause in the workplace. *City Press*. <https://www.news24.com/citypress/voices/its-time-to-normalise-conversations-about-menopause-in-the-workplace-20210806>
- Coney, Sandra (1994). *The menopause industry: How the medical establishment exploits women*. Hunter House.
- Freeman, Ellen W. y Sammel, Mary (2016). Anxiety as a risk factor for menopausal hot flashes: evidence from the Penn Ovarian Aging cohort. *Menopause*, 23(9), 942-949. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000662>
- Freixas, Anna (2007/2024). *Nuestra menopausia. Una versión no oficial*. Capitán Swing (primera edición en Paidós, 2007).
- Gibson, Carolyn J.; Li, Yixia; Jasuja, Gunnet K.; Self, Kule J.; Seal, Karen H. y Byers, Amy L. (2021). Menopausal Hormone Therapy and suicide in a national sample of midlife and older women veterans. *Medical Care* 59, 570-576. <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001433>
- Gilligan, Carol (1982/1991). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica.

- Greer, Germaine (1991/1993). *El cambio. Mujeres, vejez y menopausia*. Anagrama.
- Greer, Germaine (1996/2000). *La mujer completa*. Kairós.
- Hardy, Claire; Thorne, Eleanor; Griffiths, Amanda y Hunter, Myra S. (2018). Work outcomes in midlife women: The impact of menopause, work stress and working environment. *Womens Midlife Health*, 4, 3. <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0036-z>
- Hickey, Martha; LaCroix, Andrea Z.; Doust, Jennifer; Mishra, Gita D.; Sivakami, Muthusamy; Garlick, Deborah y Hunter, Myra S. (2024). An empowerment model for managing menopause. *The Lancet*, 403(10430), 947-957. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02799-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02799-X)
- Jurgenson, Janelle R. ; Jones, Emma K. ; Green, Charmaine y Thompson, Sandra C. (2014). Exploring Australian Aboriginal Women's experiences of menopause: a descriptive study. *BMC Women's Health*, 14(1), 47. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-47>
- Kolata, Gina (2002). Jarro de agua fría a la eterna juventud femenina. Interrumpido el mayor estudio de terapia hormonal sustitutiva por riesgo de cáncer e infarto. *El País*, 16 julio, p. 34.
- The Lancet (2024). Time for a balanced conversation about menopause. *The Lancet*, 403(10430), 877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00462-8)
- Mattern, Susan (2019). *The slow moon climbs*. Princeton University Press.
- Mead, Margaret (1939/1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Paidós.
- NIH State-of-the-Science Panel (2005). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Management of menopause-related symptoms. *Annals of Internal Medicine*, 142, 1003-1013. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17308548/>
- Rees, Margaret; Bitzer, Johanes; Cano, Antonio; Ceausu, Iuliana; Chedraui, Peter; Durmusoglu, Fatih; Erkkola, Risto; Geukes, Marije; Godfrey, Alan; Goulis, Dimitrios G.; Griffiths, Amanda; Hardy, Claire; Hickey, Martha; Hirschberg, Angelica L.; Hunter, Myra; Kiesel, Ludwig; Jack, Gavin; Lopes, Patrice; Mishra, Gita; Oosterhof, Henk; Pines, Amos; Riach, Kathleen; Shufelt, Chisandra; van Trotsenburg, Mick; Weiss, Rachel y Lambrinouadaki, Irene (2021). Global consensus recommendations on menopause in the workplace: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*, 151, 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.06.006>
- Rössler, Wulf; Ajdacic-Gross, Vladeta; Riecher-Rössler, Anita; Angst, Jules y Hengartner, Michael P. (2016). Does menopausal transition really influence mental health? Findings from the prospective long-term Zurich study. *World Psychiatry*, 15(2), 146-154. <https://doi.org/10.1002/wps.20319>
- Rossouw, Jacques E.; Anderson, Garnet L.; Prentice, Ross L.; LaCroix, Andrea Z.; Kooperberg, Charles; Stefanick, Marcia L.; Jackson, Rebecca D.; Beresford, Shirley A.A.; Howard, Barbara V.; Johnson, Karen C.; Kotchen, Jane M.; Ockene, Judith.; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 288, 321-333. <https://doi.org/10.1001/jama.288.3.321>
- Samarasekera, Udani (2024). Martha Hickey: responding to the complexity of menopause. *The Lancet*, 403(10430), 893. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00368-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00368-4)
- Süss, Hannah y Ehlert, Ulrike (2020). Psychological resilience during the perimenopause. *Maturitas*, 131, 18-56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.10.015>
- Valls-Llobet, Carme (2003). Terapia hormonal sustitutiva, terapia demencial. *Mujeres y Salud*, 11-12, 16-17. [https://matriz.net/mys-1112/hormonas/hor\\_1112.html](https://matriz.net/mys-1112/hormonas/hor_1112.html)
- Wilson, Robert (1966). *Feminine forever*. W.H. Allen.
- Ziel, Harry N. y Finkle, William D. (1975). Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *New England Journal of Medicine*, 293, 1167-1170. <https://doi.org/10.1056/nejm197512042932303>