



Alimentación y nutrición de las mujeres a lo largo de la vida adulta: del ciclo menstrual a la menopausia

✦ Dra. Marcela González-Gross

*Catedrática de Nutrición Deportiva y Fisiología del Ejercicio.
Universidad Politécnica de Madrid.
Presidenta de la Sociedad Española de Nutrición (SEÑ).*

✦ Dr. Juan Francisco Mielgo Ayuso

*Profesor Titular en Fisiología. Universidad de Burgos.
Secretario científico de la Sociedad Española de Nutrición (SEÑ).*

Resumen: A lo largo de su vida adulta, las mujeres experimentan cambios fisiológicos —desde el ciclo menstrual hasta la menopausia— que condicionan su metabolismo, sus necesidades nutricionales y su relación con la alimentación. Fluctuaciones hormonales en estrógenos y progesterona influyen directamente en el apetito, la sensibilidad a la insulina, la retención de líquidos y los niveles de energía. A esto se suman situaciones frecuentes como el síndrome premenstrual, el ovario poliquístico o la endometriosis, que comparten mecanismos basados en la inflamación y el desequilibrio hormonal.

La evidencia científica señala que nutrientes como el hierro, los folatos, el magnesio, la vitamina D, los omega-3 y las proteínas desempeñan un papel esencial en la regulación hormonal, la salud ósea y el equilibrio metabólico. Por ello, las recomendaciones nutricionales deben adaptarse a cada fase: desde gestionar el aumento de apetito en la fase lútea, hasta asegurar un aporte adecuado de folatos en usuarias de anticonceptivos, o reforzar proteínas, vitamina D y calcio durante la transición menopáusica. Este artículo sintetiza de forma práctica y rigurosa cómo ajustar la alimentación en cada etapa, con especial énfasis en patrones de calidad como la dieta mediterránea, para promover el bienestar, la salud metabólica y la calidad de vida de la mujer.

Palabras clave: Alimentación. Nutrición. Mujeres. Salud. Metabolismo.

La alimentación saludable comparte principios comunes para toda la población: priorizar alimentos frescos y de temporada cumpliendo las recomendaciones de la Dieta Mediterránea, y asegurar un aporte adecuado de energía, nutrientes y compuestos bioactivos, como hemos expuesto en los números anteriores de esta revista. Sin embargo, organismos como la OMS, la FAO o la EFSA reconocen que, en el caso de las mujeres, determinadas situaciones fisiológicas modifican estas necesidades a lo largo de la vida adulta.

Tras la menarquia —la primera menstruación— comienzan a aparecer diferencias metabólicas claras respecto al varón. El ciclo menstrual influye en el apetito, el gasto energético, la sensibilidad a la insulina y el comportamiento alimentario, que varían en las distintas fases del ciclo.

Las necesidades nutricionales también cambian. El hierro es el nutriente más crítico durante la etapa fértil, debido a las pérdidas menstruales, pero otros micronutrientes como el magnesio, el selenio, el cobre, el yodo, la vitamina D y varias vitaminas del grupo B influyen en la estabilidad del ciclo, el estado de ánimo y la energía. Situaciones clínicas frecuentes —como el síndrome premenstrual (PMS), el síndrome de ovario poliquístico (SOP) o la endometriosis— refuerzan estas diferencias.

La transición hacia la menopausia introduce nuevos cambios: fluctuaciones hormonales, alteraciones del sueño, variaciones en la composición corporal y un mayor riesgo de osteoporosis y enfermedad cardiovascular. Sociedades científicas europeas recomiendan patrones alimentarios como la Dieta Mediterránea para mejorar parámetros glucémicos, lipídicos y tensionales en esta etapa.

En conjunto, estos procesos muestran que la nutrición femenina debe entenderse como un recorrido continuo a lo largo de la vida adulta. Adaptar las recomendaciones a cada fase fisiológica permite acompañar mejor a las mujeres en su bienestar, energía y salud presente y futura.

EL CICLO HORMONAL FEMENINO Y SUS IMPLICACIONES NUTRICIONALES

El ciclo menstrual es uno de los procesos fisiológicos que más influye en el metabolismo, el apetito, la energía y la relación con la comida en la mujer adulta. Aunque tradicionalmente se ha dividido en dos fases (folicular y lútea), la evidencia actual recomienda distinguir cuatro o incluso cinco etapas —menstruación, fase folicular temprana, fase folicular tardía, ovulación y fase lútea— ya que cada una presenta fluctuaciones hormonales específicas con repercusiones metabólicas distintas y esto permite un mejor estudio y comparación.

ovulación y fase lútea— ya que cada una presenta fluctuaciones hormonales específicas con repercusiones metabólicas distintas y esto permite un mejor estudio y comparación.

Desde el punto de vista endocrino, el ciclo está regulado por cambios rítmicos en estrógeno y progesterona. Los estrógenos, predominantes en la fase folicular y en la ovulación, favorecen la saciedad, mejoran la sensibilidad a la insulina y contribuyen a una mayor estabilidad energética. La progesterona, que predomina en la fase lútea, ejerce efectos opuestos: aumenta el apetito, incrementa la preferencia por alimentos densos en energía, facilita una ligera retención de líquidos y enlentece el tránsito intestinal. Esta combinación explica por qué algunas mujeres pueden ingerir entre 90 y 550 kcal más por día en la fase lútea que en la folicular, según muestran estudios metabólicos controlados.

El ciclo menstrual es uno de los procesos fisiológicos que más influye en el metabolismo, el apetito, la energía y la relación con la comida en la mujer adulta. Aunque tradicionalmente se ha dividido en dos fases (folicular y lútea), la evidencia actual recomienda distinguir cuatro o incluso cinco etapas —menstruación, fase folicular temprana, fase folicular tardía, ovulación y fase lútea— ya que cada una presenta fluctuaciones hormonales específicas con repercusiones metabólicas distintas y esto permite un mejor estudio y comparación.

Estas variaciones no representan una pérdida de control, sino una respuesta biológica normal. El organismo ajusta su gasto y su apetito en función del contexto hormonal, de modo que el patrón alimentario debe comprender estas fluctuaciones y no luchar contra ellas. Es importante ajustar la distribución de alimentos, priorizar determinados nutrientes en cada fase y ofrecer estrategias prácticas para modular antojos, inflamación o molestias digestivas.

En la Tabla 1 se resumen los cambios fisiológicos de cada fase y sus implicaciones nutricionales más relevantes, junto con alimentos concretos que facilitan su aplicación en la vida real.

ciones intensas de estrógeno y progesterona, que repercuten directamente en la conducta alimentaria y en la composición corporal.

TABLA 1. Cambios hormonales y recomendaciones nutricionales según las fases del ciclo menstrual

Fase del ciclo	Cambios hormonales y fisiológicos	Necesidades nutricionales destacadas	Alimentos recomendados
Menstruación (1-5)	Caída brusca de estrógeno y progesterona. Pérdida de hierro. Energía más baja.	Hierro, vitamina C, hidratación.	Moluscos (mejillón, almeja), carne magra, huevo, lentejas + naranja/kiwi; verdura cocinada; caldos templados.
Fase folicular temprana (6-10)	Estrógeno en ascenso. Mejora la sensibilidad a la insulina y la energía.	Carbohidratos complejos, omega-3, calcio y vitamina D.	Avena, pan integral, fruta fresca, yogur o alternativas, pescado azul pequeño, frutos secos.
Fase folicular tardía / preovulación (11-13)	Estrógeno en su máximo ascenso. Estabilidad emocional y mayor vitalidad.	Proteínas de calidad; antioxidantes.	Huevos, pescado azul, verduras de colores vivos, frutos rojos, aceite de oliva virgen extra.
Ovulación (≈14)	Pico máximo de estrógeno. Mejor rendimiento físico y cognitivo.	Zinc, omega-3, proteínas.	Carnes magras, cereales integrales, sardina, caballa, legumbres, verduras verdes, nueces, frutas ricas en agua.
Fase lútea (15-28)	Progesterona alta. Más apetito, antojos, retención de líquidos, estreñimiento.	Magnesio, fibra, omega-3, vitamina B6; hidratación.	Frutos secos, legumbres, avena, plátano, semillas, verduras, pescado azul; agua regular; evitar exceso de sal y ultraprocesados.

PROBLEMAS FRECUENTES EN LA ETAPA FÉRTIL: QUÉ OCURRE Y POR QUÉ INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN

La etapa fértil de la mujer está marcada por fluctuaciones hormonales que influyen de forma directa en el metabolismo, el apetito, la energía, la sensibilidad digestiva y la relación con la comida. Comprender estos cambios desde la fisiología permite interpretar mejor algunos síntomas tan habituales como hinchazón, antojos, fatiga, irritabilidad o variaciones en el tránsito intestinal, y traducirlos en recomendaciones concretas de nutrición (nutrientes y procesos fisiológicos) y alimentación (alimentos y bebidas ingeridos en el día a día).

Existen cinco situaciones especialmente frecuentes durante estos años: PMS, SOP, endometriosis, sangrado menstrual abundante y retención de líquidos. Aunque son condiciones distintas, comparten mecanismos comunes como inflamación de bajo grado, alteraciones en la sensibilidad a la insulina o varia-



SÍNDROME PREMENSTRUAL (PMS): LA FASE DE MAYOR VARIABILIDAD EMOCIONAL Y METABÓLICA

El PMS afecta al 90% de las mujeres en algún momento de su vida fértil, y la forma grave, denominado “trastorno disfórico premenstrual”, a alrededor del 10%. Aparece en la fase lútea, cuando la progesterona alcanza sus niveles más altos. Esta hormona actúa como un potenciador del apetito, mientras que el estrógeno —que funciona como modulador de la saciedad— se encuentra en descenso. Esta combinación explica el aumento del hambre, la preferencia por alimentos densos en energía, la retención de líquidos, la hinchazón abdominal y los cambios en el estado de ánimo.

Estudios metabólicos controlados muestran que la ingesta energética puede aumentar entre 90 y 500 kcal/día en esta fase, un fenómeno fisiológico y no psicológico. Trabajos científicos publicados recientemente confirman, además, que las mujeres con PMS tienden a mostrar menor adherencia a patrones dietéticos de calidad, como la Dieta Mediterránea, y mayor consumo de alimentos con exceso de grasas saturadas, hidratos de carbono refinados, azúcares, propios de dietas denominadas “occidentalizadas”, lo que puede intensificar los síntomas.

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP): UN TRASTORNO METABÓLICO-HORMONAL

El SOP afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad fértil. Se caracteriza por hiperandrogenismo, irregularidades menstruales y, especialmente, resistencia a la insulina, que altera la respuesta metabólica a los hidratos de carbono y favorece la anovulación y por tanto puede producir infertilidad, y los cambios en la composición corporal.

Desde la nutrición, resulta esencial mejorar la sensibilidad a la insulina, modular la inflamación y estabilizar el apetito, ya que estos mecanismos hormonales y metabólicos influyen en la regularidad del ciclo y en el bienestar general. Por tanto, se deben priorizar alimentos con un bajo índice glucémico, como los cereales integrales, que además son ricos en fibra, alimentos que aportan grasas saludables, como el pescado azul o los aguacates, y reducir los azúcares refinados y grasas saturadas.

ENDOMETRIOSIS: INFLAMACIÓN CRÓNICA Y SENSIBILIDAD DIGESTIVA

Afecta a alrededor del 10% de las mujeres en etapa fértil y se caracteriza por un estado inflamatorio per-

sistente. Esta inflamación puede aumentar la sensibilidad digestiva, favorecer la distensión abdominal, alterar el apetito y generar molestias con determinados alimentos.

Las revisiones recientes sugieren que ciertos patrones dietéticos antiinflamatorios, ricos en verduras, frutas, pescado azul, nueces y aceite de oliva virgen extra, pueden ayudar a modular los síntomas en algunas mujeres, aunque la respuesta es muy individual.

La etapa fértil de la mujer está marcada por fluctuaciones hormonales que influyen de forma directa en el metabolismo, el apetito, la energía, la sensibilidad digestiva y la relación con la comida. Comprender estos cambios desde la fisiología permite interpretar mejor algunos síntomas tan habituales como hinchazón, antojos, fatiga, irritabilidad o variaciones en el tránsito intestinal, y traducirlos en recomendaciones concretas de nutrición (nutrientes y procesos fisiológicos) y alimentación (alimentos y bebidas ingeridos en el día a día).

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE: RIESGO DE ANEMIA POR DÉFICIT DE HIERRO

Las pérdidas menstruales intensas son una de las causas más prevalentes de anemia ferropénica en mujeres jóvenes. La anemia no solo afecta a la energía física y la fuerza muscular, sino también al estado de ánimo, la concentración, la capacidad cognitiva y la tolerancia al ejercicio.

El hierro desempeña un doble papel: es esencial para la síntesis de hemoglobina y también participa en la regulación de estrógenos y progesterona, de modo que mantener reservas adecuadas es clave tanto para la salud general como para el equilibrio hormonal. Se deben incluir alimentos ricos en hierro, tanto de origen animal (carne, mejillones) como de origen

vegetal (lentejas, espinacas), a los que conviene añadir zumo de limón, ya que la vitamina C mejora su absorción.

RETENCIÓN DE LÍQUIDOS: UN SÍNTOMA INFRAVALORADO

La retención hídrica es muy habitual en la fase lútea y está relacionada con la acción de la progesterona y de la aldosterona (una hormona que participa en la regulación del agua y las sales en el organismo) en el sistema de equilibrio hídrico. Puede intensificarse por ingesta excesiva de sal, baja ingesta de potasio, estrés, sedentarismo o hidratación insuficiente.

Aunque es un proceso fisiológico, puede generar sensación de pesadez, hinchazón abdominal o cambios en la percepción corporal, y tiende a mejorar de forma notable con estrategias nutricionales sencillas.

Como muchos de estos problemas comparten mecanismos internos similares, resulta muy práctico unificar las recomendaciones en un cuadro único para facilitar su aplicación en la vida real. La Tabla 2 recoge los objetivos nutricionales clave y las estrategias alimentarias para cada una de estas situaciones habituales.



TABLA 2. Recomendaciones nutricionales para las situaciones más frecuentes en la etapa fértil

Situación	Objetivo nutricional	Recomendaciones prácticas basadas en evidencia
PMS	Reducir inflamación cíclica, modular apetito y retención de líquidos.	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar magnesio (legumbres, frutos secos, verduras verdes).• Incluir omega-3 (sardina, caballa, nueces).• Comidas cada 3–4 h para estabilizar apetito.• Incrementar fibra si hay estreñimiento.• Reducir sal y ultraprocesados.
SOP	Mejorar sensibilidad a la insulina y modular inflamación.	<ul style="list-style-type: none">• Priorizar carbohidratos complejos.• Aumentar proteínas en cada comida.• Incluir >25 g/día de fibra.• Zinc, Omega-3 regular.• Evitar azúcares añadidos y bebidas y alimentos azucarados.• Combinar con ejercicio de fuerza.
Endometriosis	Reducir inflamación crónica y mejorar digestión.	<ul style="list-style-type: none">• Patrón antiinflamatorio: frutas, verduras, AOVE.• Incrementar omega-3.• Añadir cúrcuma/curcumina.• Reducir alcohol y ultraprocesados.• Valorar suplementación con vitamina D.
Sangrado abundante	Mantener hierro y ferritina adecuadas.	<ul style="list-style-type: none">• Hierro hemo (moluscos, carne magra).• Hierro no hemo (legumbres, frutos secos).• Combinar con vitamina C.• Evitar té/café en comidas principales.• Considerar análisis y suplementación si procede.
Retención de líquidos	Mejorar equilibrio hídrico y disminuir hinchazón.	<ul style="list-style-type: none">• Beber agua repartida durante el día.• Aumentar potasio (plátano, aguacate, verduras verdes).• Reducir sal y ultraprocesados.• Aumentar ejercicio diario.

AOVE: aceite de oliva virgen extra. SOP: síndrome de ovario poliquístico. PMS: síndrome premenstrual.

Las recomendaciones son orientativas y deben adaptarse a las características individuales de cada mujer.

A estos cambios propios de la etapa fértil se suma un factor frecuente en muchas mujeres: el uso de anticonceptivos hormonales. Estos pueden influir ligeramente en algunos micronutrientes y en la hidratación, por lo que el siguiente apartado revisa qué sabemos realmente y cómo adaptar la alimentación.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y MICRONUTRIENTES: QUÉ SABEMOS REALMENTE

Los anticonceptivos hormonales —especialmente los combinados de estrógeno y progestágeno— son muy utilizados en mujeres jóvenes y adultas y pueden producir pequeños cambios en el metabolismo de ciertos micronutrientes. Estos efectos no suelen ser clínicamente relevantes, pero sí merecen considerarse al hacer recomendaciones nutricionales personalizadas.

Distintos organismos y sociedades científicas han indicado que el micronutriente con evidencia más sólida es la vitamina B9 (folato), que se encuentra sobre todo en los vegetales verdes. Diversos estudios clínicos han observado descensos discretos en sus reservas tras el uso prolongado de anticonceptivos orales, razón por la que la Organización Mundial de la Salud mantiene su recomendación general de 400 µg/día de folato en todas las mujeres en edad fértil, independientemente del método anticonceptivo utilizado. Este aporte es especialmente importante para quienes puedan planificar un embarazo, pero también favorece un metabolismo hormonal adecuado. Recordemos que niveles bajos de folato aumentan el riesgo de defectos del tubo neural en el feto.

Otros micronutrientes —como vitaminas B2, B6, B12, vitamina C, vitamina E, y minerales como el magnesio,

selenio o zinc— pueden mostrar variaciones moderadas en algunas usuarias, según indican revisiones sistemáticas. Aunque estos cambios rara vez generan deficiencias reales, justifican priorizar alimentos que los aporten: legumbres, verduras verdes, pescado azul, huevos, frutos secos y cereales integrales.

Además, algunas mujeres experimentan síntomas transitorios relacionados con el estado de hidratación y el apetito, especialmente durante los primeros meses de uso. Los estrógenos sintéticos pueden estimular el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS), promoviendo una retención de líquidos leve, mientras que ciertos progestágenos pueden favorecer cambios digestivos o un aumento temporal del apetito.

La evidencia es clara respecto al peso corporal. Tanto la OMS como los análisis de la Cochrane Collaboration concluyen que los anticonceptivos combinados no causan aumentos de grasa corporal clínicamente significativos. Las variaciones descritas (0,5–1 kg) suelen deberse a cambios en el estado de hidratación y no a ganancia de grasa. Los métodos anticonceptivos con mayor relación con cambios de peso son aquellos de progestágeno único y larga duración, como la medroxiprogesterona inyectable.

En conjunto, los anticonceptivos hormonales no provocan déficits graves ni alteraciones metabólicas importantes, pero pueden modificar ligeramente las necesidades de algunos micronutrientes o influir en el estado de hidratación. Un patrón mediterráneo basado en alimentos frescos, con énfasis en folatos, vitaminas del grupo B y magnesio, cubre adecuadamente la mayoría de necesidades de las mujeres que utilizan anticonceptivos.

TABLA 3. Claves nutricionales si se utilizan anticonceptivos hormonales

1. Refuerza los folatos (B9)

Prioriza espinaca, acelga, brócoli, lentejas, garbanzos, naranja, kiwi.

2. Asegura vitaminas B6 y B12

Incluye huevo, pescado, lácteos o alternativas enriquecidas, frutos secos.

3. Añade alimentos ricos en magnesio

Avena, almendras, semillas, legumbres, verduras verdes.

4. Para la retención de líquidos

Más agua y potasio (plátano, tomate, espinaca); menos sal y ultraprocesados.

5. Si el apetito varía

Comidas cada 3–4 horas y una fuente de proteína en cada toma (yogur, hummus, huevo, frutos secos).

PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA: UNA ETAPA DE TRANSICIÓN METABÓLICA Y NUTRICIONAL

La transición menopáusica no ocurre de forma abrupta. Antes del cese definitivo de la menstruación existe una fase de varios años —la perimenopausia— caracterizada por grandes oscilaciones en estrógeno y progesterona. Una vez transcurridos 12 meses sin menstruación, se define la menopausia, momento en el que los niveles de estrógenos se estabilizan en valores bajos y sostenidos.

Aunque ambas etapas comparten mecanismos hormonales, sus implicaciones metabólicas y nutricionales son distintas.

PERIMENOPAUSIA: LA ETAPA DE MAYOR INESTABILIDAD HORMONAL

Durante la perimenopausia predominan fluctuaciones amplias e irregulares en las hormonas sexuales. Estas variaciones explican la aparición intermitente de síntomas como:

- Sofocos y sudoración nocturna.
- Cambios en el apetito y preferencia por alimentos más densos en energía.
- Hinchazón o ligera retención de líquidos.
- Variabilidad del estado de ánimo.
- Alteraciones del sueño.

- Cambios digestivos o variaciones en el tránsito intestinal.

Este entorno endocrino inestable requiere una estrategia nutricional orientada a modular los síntomas, mantener una energía estable, proteger la masa ósea y muscular y asegurar una hidratación adecuada.

MENOPAUSIA: DESCENSO SOSTENIDO DE ESTRÓGENOS Y CAMBIOS METABÓLICOS ESTABLES

Tras el cese sostenido de la menstruación, los estrógenos se estabilizan en niveles bajos. Esto da lugar a cambios fisiológicos más consistentes:

- Mayor resistencia a la insulina y tendencia al aumento de grasa abdominal.
- Reducción de la masa muscular y descenso del gasto energético basal.
- Aumento del colesterol LDL y del riesgo cardiometabólico.
- Pérdida acelerada de densidad ósea, con incremento del riesgo de osteoporosis.
- Sueño más fragmentado y menor tolerancia a los cambios térmicos.
- Incremento de la inflamación de bajo grado.

Estos cambios no implican enfermedad, pero sí requieren una alimentación ajustada para preservar la masa muscular, proteger la salud ósea, modular el riesgo cardiometabólico y reducir los síntomas vasomotores.



PATRÓN ALIMENTARIO RECOMENDADO

La evidencia disponible —incluido el posicionamiento de la Sociedad Europea para el Estudio de la Menopausia— destaca que un patrón alimentario mediterráneo, rico en verduras, frutas, legumbres, pescado azul, frutos secos y aceite de oliva, contribuye a reducir el riesgo cardiovascular, preservar masa muscular y ósea, mejorar la sensibilidad a la insulina, modular síntomas vasomotores y disminuir la inflamación sistémica, y es por tanto un patrón dietético de elección para la salud durante esta etapa de la vida.

En esta etapa es especialmente importante conectar nutrición (qué nutrientes se necesitan) con alimentación (qué alimentos permiten su adecuada ingesta).

A continuación, se resumen, de manera práctica, los principales cambios fisiológicos de la perimenopausia y la menopausia y las recomendaciones nutricionales y alimentarias más útiles para afrontarlos en la vida cotidiana (Tabla 4).

La evidencia disponible —incluido el posicionamiento de la Sociedad Europea para el Estudio de la Menopausia— destaca que un patrón alimentario mediterráneo, rico en verduras, frutas, legumbres, pescado azul, frutos secos y aceite de oliva, contribuye a reducir el riesgo cardiovascular, preservar masa muscular y ósea, mejorar la sensibilidad a la insulina, modular síntomas vasomotores y disminuir la inflamación sistémica, y es por tanto un patrón dietético de elección para la salud durante esta etapa de la vida.

TABLA 4. Alimentación y nutrición en perimenopausia y menopausia: qué cambia y qué hacer

Objetivo de salud	Qué cambia fisiológicamente	Nutrición: necesidades clave	Alimentación: alimentos recomendados
Preservar masa muscular	↓ Estrógenos → ↓ síntesis proteica y ↓ gasto basal	1,2–1,4 g/kg/día de proteína; reparto en 3–4 tomas	Pescado, huevo, legumbres, tofu, lácteos/alternativas, frutos secos
Controlar la grasa abdominal y la sensibilidad a la insulina	↑ Resistencia a la insulina	Carbohidratos complejos + fibra diaria	Avena, pan integral, legumbres, verduras, fruta fresca, patata cocida
Cuidar la salud ósea	↑ Resorción ósea por ↓ estrógenos	Calcio + Vitamina D + Magnesio	Lácteos/alternativas enriquecidas, pescado azul, almendras, acelgas, espinaca
Reducir inflamación y síntomas vasomotores	↑ Inflamación de bajo grado	Omega-3 y compuestos bioactivos	Caballa, sardina, nueces, AOVE, cúrcuma, jengibre
Mejorar el sueño y la energía	Alteraciones del sueño por cambios hormonales	Triptófano + cenas ligeras	Huevo, yogur, avena, plátano, infusiones suaves
Regular apetito y antojos	Variaciones de apetito por cambios hormonales	Fibra + proteínas en cada comida	Avena, hummus, fruta, frutos secos, yogur natural
Controlar retención de líquidos	Cambios en RAAS + menor estabilidad hídrica	Potasio + hidratación	Tomate, espinaca, plátano, agua, caldos ligeros
Salud cardiometabólica	↑ LDL y ↓ HDL en algunas mujeres	Grasas saludables	AOVE, aguacate, pescado azul, frutos secos

AOVE: aceite de oliva virgen extra; LDL: lipoproteínas de baja densidad; HDL: lipoproteínas de alta densidad; RAAS: Sistema renina-angiotensina-aldosterona



RECOMENDACIONES GLOBALES PARA LA MUJER ADULTA

Aunque cada etapa —edad fértil, perimenopausia y menopausia— presenta necesidades específicas, existe un conjunto de principios que funcionan como base sólida para la salud femenina en cualquier momento del ciclo vital adulto. Estas recomendaciones integran la evidencia actual en nutrición, metabolismo, salud ósea, salud cardiovascular y bienestar hormonal.

- Mantener un patrón mediterráneo como base

Es el modelo dietético con mayor respaldo científico para mejorar la sensibilidad a la insulina, modular la inflamación, proteger la salud cardiovascular y favorecer la longevidad. Prioriza verduras, frutas, legumbres, cereales integrales, aceite de oliva virgen extra, pescado y frutos secos.

- Repartir la proteína en 3-4 tomas al día

Las mujeres tienden a infraconsumir proteína, sobre todo en el desayuno y la cena. Un reparto adecuado (1,0–1,4 g/kg/día según etapa) optimiza la síntesis proteica, preserva masa muscular y mejora la saciedad.

- Aumentar el consumo de verduras, frutas, legumbres y frutos secos

Aportan fibra, compuestos bioactivos y micronutrientes esenciales que ayudan a regular el apetito, el tránsito intestinal, la inflamación y el metabolismo del hierro.

- Incluir pescado azul pequeño 2-3 veces por semana

La sardina, la caballa, el boquerón o el jurel aportan vitamina D y ácidos grasos omega-3 de alta calidad, claves para la salud cardiovascular, la regulación inflamatoria y el soporte hormonal.

- Priorizar carbohidratos integrales

Avena, pan integral, arroz integral, patata cocida o quinoa favorecen un mejor control glucémico, especialmente relevante en la fase lútea o en mujeres con resistencia a la insulina (SOP o menopausia).

- Ajustar la ingesta según la fase del ciclo menstrual

- *Fase folicular*: mejor respuesta a carbohidratos complejos, más estabilidad energética.
- *Fase lútea*: más hambre, más antojos, retención de líquidos → más fibra, magnesio y omega-3; reducir sal y ultraprocesados.

Este enfoque permite recomendaciones más realistas y fisiológicas.

- Reducir ultraprocesados y alcohol

Ambos aumentan la inflamación, empeoran el perfil glucémico y pueden intensificar síntomas como hinchazón, retención de líquidos, sofocos o cambios de humor.

- Optimizar los niveles de vitamina D

Entre el 60–80% de las mujeres españolas presentan niveles insuficientes de esta vitamina en sangre. Se recomienda combinar una exposición solar moderada con alimentos ricos en vitamina D (pescado azul, huevos, setas y champiñones marrones, lácteos/alternativas enriquecidas). Es clave para el hueso, el músculo, la inmunidad y el estado de ánimo.

- Mantener una hidratación constante

La hidratación adecuada modula energía, digestión, tránsito intestinal, termorregulación y retención de

líquidos, especialmente en la fase lútea y la perimenopausia.

- Realizar actividad física regular (entrenamiento de la fuerza + aeróbico)

El entrenamiento de fuerza es esencial para preservar la masa muscular y el hueso en todas las etapas, especialmente en perimenopausia y menopausia. El ejercicio aeróbico mejora el perfil lipídico, la sensibilidad a la insulina y la salud cardiovascular.

En conjunto, la nutrición femenina no puede abordarse desde recomendaciones genéricas. Las oscilaciones hormonales, los cambios metabólicos y las necesidades específicas de cada etapa hacen necesario un enfoque personalizado. Integrar un patrón mediterráneo, ajustar la alimentación según el momento del ciclo o la etapa hormonal y priorizar nutrientes clave permite acompañar a la mujer en su salud, su bienestar y su calidad de vida a lo largo de toda la edad adulta. ■

REFERENCIAS

- Barr, S. I., et al. (1995). Energy intakes are higher during the luteal phase of ovulatory menstrual cycles. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61(1), 39-43.
- Cano, A., et al. (2020). The Mediterranean diet and menopausal health: An EMAS position statement. *Maturitas*, 139, 90-97.
- Cano-Herrera, G., et al. (2024). Endometriosis: A comprehensive analysis of pathophysiology, treatment, nutrition, and quality of life. *Biomedicines*, 12(7), 1476.
- EFSA. (2017). Dietary reference values for nutrients: Summary report. *EFSA Journal*, 15(Suppl. 3), e15121.
- FAO & WHO. (2004). *Human vitamin and mineral requirements*. Joint Expert Consultation.
- González-Gross M y Urrialde R. (2025). Alimentación saludable El ejemplo de la dieta mediterránea. Distribución y consumo, vol 1: 4-14.
- Kwon, Y. J., et al. (2022). Association among PMS, dietary patterns, and adherence to the Mediterranean diet. *Nutrients*, 14(12), 2460.
- Gallo, M. F., et al. (2014). Combination contraceptives: Effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1), CD003987.
- Oboza, P., et al. (2024). PMS and diet composition, dietary patterns, and eating behaviors. *Nutrients*, 16(12), 1911.
- Mansour, D., et al. (2021). Iron deficiency and anemia in women with heavy menstrual bleeding: guideline review. *Advances in Therapy*, 38(1), 201-225.
- Szmidt, M. K., et al. (2023). Mediterranean diet adherence and women's reproductive health. *Nutrients*, 15(9), 2131.
- Urrialde R y González-Gross M. (2025). Compuestos bioactivos vegetales. Imprescindibles como elementos diferenciadores en la Dieta Mediterránea. Distribución y consumo, vol 2: 86-98.
- Webb, J. L. (1980). Nutritional effects of oral contraceptive use: A review. *Journal of Reproductive Medicine*, 25(4), 150-156.

Sobre la SEÑ: la Sociedad Española de Nutrición, fundada en 1978, fiel a sus objetivos fundacionales, promueve el desarrollo de la nutrición y la alimentación como ciencias multidisciplinares a través de su Junta Directiva y los socios en todo el territorio nacional y con representación en todas las comunidades autónomas, con actividades y proyección internacional, siendo la única sociedad científica española del ámbito de la nutrición y la alimentación socia de la Federación Europea de Sociedades de Nutrición (FENS) y de la Unión Internacional de Sociedades de Nutrición (IUNS). Es una de las sociedades integrantes de FESNAD (Federación Española Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética).

