

ARTÍCULO ORIGINAL ORIGINAL PAPER

1. Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia
a Estudiante de Medicina
b Médico Ginecólogo, Profesor

Financiación: Estudio financiado por la vicerrectoría de investigaciones de la Universidad de Cartagena, Colombia. Resolución N° 00961 del 2017, trámite para la obtención de recursos financieros en apoyo y sostenibilidad de Grupos de Investigación avalados por la Universidad de Cartagena. Acta de compromiso N° 126-2017 entre Universidad de Cartagena y Álvaro Monterrosa Castro, como líder del Grupo de Investigación Salud de la Mujer.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

Agradecimientos: A las mujeres colombianas que han participado llenando los formularios que hacen parte del proyecto CAVIMEC.

Recibido: 3 noviembre 2017

Aceptado: 22 diciembre 2017

Correspondencia:

Álvaro Monterrosa-Castro

✉ alvaromonterrosa@gmail.com

Citar como: Mercado-Lara MF, Monterrosa-Castro Á, Duran-Méndez LC. Evaluación de la calidad de vida en climáticas con la Escala Cervantes. Influencia de la etnia. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(1): 13-25

Evaluación de la calidad de vida en climáticas con la Escala Cervantes. Influencia de la etnia Assessment of quality of life of climacteric women using the Cervantes scale. Influence of ethnicity

María Fernanda Mercado-Lara^{1,a}, Álvaro Monterrosa-Castro^{1,b},
Leidy Carolina Duran-Méndez^{1,a}

RESUMEN

Introducción. La calidad de vida y la severidad de los síntomas de la menopausia varían entre distintos grupos poblacionales. **Objetivo.** Comparar la calidad de vida de climáticas colombianas pertenecientes a dos grupos étnicos, hispánicas y afrodescendientes, utilizando la Escala Cervantes. **Metodología.** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas], realizado con un formulario de características sociodemográficas y la Escala Cervantes, en mujeres de 40 a 59 años de edad, residentes en poblaciones del Caribe y Pacífico colombiano. Valoración puerta a puerta por encuestadoras, investigación sin riesgos y aprobada por el comité de ética. Para el análisis de datos se utilizó Epi-Info 7. Se realizó regresión logística no ajustada y las comparaciones fueron estadísticamente significativas si $p < 0,05$. **Resultados.** Se estudió 1 894 mujeres, 34,1% afrodescendientes y 65,9% hispánicas, edad $48,7 \pm 5,7$ y $48,2 \pm 5,8$, respectivamente. Las hispánicas tuvieron mayor deterioro psíquico, sexual, de relación de pareja y envejecimiento; en cambio presentaron menos síntomas vasomotores que las afrodescendientes, $p < 0,05$. El puntaje de Escala Cervantes fue $39,2 \pm 22,6$ en afrodescendientes y $43,7 \pm 25,0$ en hispánicas, $p < 0,001$. Ser hispánica se asoció a 43% mayor deterioro de la calidad de vida con respecto a afrodescendientes y fue factor asociado a 'mayor severidad' en tres dominios: menopausia/salud OR: 1,40 [IC95%: 1,05 a 1,85], sexualidad OR: 1,46 [IC95%: 1,19 a 1,80] y relación de pareja OR: 1,36 [IC95%: 1,10 a 1,69]. **Conclusión.** Existieron diferencias significativas en el deterioro de la calidad de vida en las mujeres climáticas hispánicas y afrodescendientes estudiadas.

Palabras clave. Calidad de vida, Climaterio, Menopausia, Sexualidad, Grupos étnicos.

ABSTRACT

Introduction: Quality of life and severity of menopausal symptoms vary among different population groups. **Objective:** To compare the quality of life of Colombian climacteric women belonging to two ethnic groups by using the Cervantes scale. **Methods:** Cross-sectional study of the CAVIMEC (*Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas*) research project, which administers a questionnaire of sociodemographic characteristics and the Cervantes scale to Hispanic and Afro-descendant women, 40 to 59 years old, living in populations of the Colombian Caribbean and Pacific. Door-to-door assessment by interviewers, risk-free research, performed with the approval of the ethics committee. We used Epi-Info 7 for data analysis. Unadjusted logistic regression was performed and comparisons were statistically significant if $p < 0.05$. **Results:** We studied 1 894 women, 34.1% Afro-descendants and 65.9% Hispanics, aged 48.7 ± 5.7 and 48.2 ± 5.8 , respectively. Hispanics had a higher psychological, sexual, aging and couple relationship deterioration, and less vasomotor symptoms than Afro-descendants, $p < 0.05$. The Cervantes Scale score was 39.2 ± 22.6 in Afro-descendants and 43.7 ± 25.0 in Hispanic women, $p < 0.001$. Being Hispanic was associated with a 43% greater deterioration of the quality of life compared with Afro-descendants and was associated to "higher severity" in three domains: menopause / health OR: 1.40 [95% CI: 1.05-1.85], sexuality OR: 1.46 [IC05%: 1.19-1.80] and couple relationship OR: 1.36 [95% CI: 1.10-1.69]. **Conclusions:** There were significant differences in the deterioration of quality of life in the Colombian Hispanic and Colombian Afro-descendant women studied. **Keywords:** Quality of Life, Climacteric, Menopause, Sexuality, Ethnic groups.



INTRODUCCIÓN

Calidad de vida (CV) es un concepto multidimensional y multifactorial cuyo rol como indicador ha emergido con importancia en el área de la salud^(1,2). Durante el climaterio, algunas mujeres experimentan un conjunto de síntomas relacionados con la menopausia que afectan negativamente la CV: oleadas de calor, sudores nocturnos, alteraciones del sueño, cansancio, sequedad vaginal y depresión, entre otros⁽²⁾.

Para evaluar el deterioro de la CV y la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia se han diseñado varias escalas: *Menopause Specific Quality of Life Questionnaire* [MENQOL], *Medical Outcomes Short-Form 36* [SF-36], *The World Health Organization Quality of Life* [WHOQOL-BREF], *Greene Climateric Scale*, *Utian Quality of Life Scale* [UQOL], *Woman's Health Questionnaire* [WHQ], Escala Cervantes [EC] y *Menopause Rating Scale* [MRS]⁽²⁾. La EC es un instrumento diseñado en castellano con el propósito de valorar la CV en mujeres de mediana edad, y ha sido aplicada en poblaciones de América Latina^(3,4).

La frecuencia e intensidad de los síntomas relacionados con la menopausia varían entre grupos étnicos^(5,6). El estudio SWAN [*Study of Women's Health Across the Nation*], en norteamericanas 40 a 55 años de edad, concluyó que la prevalencia y severidad de cinco dominios del SF-36 variaron significativamente entre los grupos raciales⁽¹⁾. En afrodescendientes colombianas se observó más síntomas psicológicos y somáticos severos que en indígenas e hispanicas, mientras que los síntomas urogenitales severos ocurrieron más en indígenas, utilizando la escala MRS⁽⁵⁾. Al parecer no existen estudios dirigidos a comparar CV y síntomas relacionados con la menopausia en colombianas pertenecientes a diferentes grupos étnicos, aplicando un instrumento distinto a la escala MRS. El objetivo fue comparar la CV de climatericas colombianas afrodescendientes con hispanicas, utilizando la EC.

METODOLOGÍA

CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas] es un proyecto de investigación transversal iniciado en el año 2008 y proyectado al 2025, que estudia mujeres colombianas sanas entre 40 y 59 años de edad

que realizan actividades cotidianas, residentes en áreas urbanas o rurales, de distintas etnias y captadas en sus viviendas por encuestadoras, quienes explican los alcances de la investigación y las motivan para participar en el llenado anónimo de formatos. Se solicita datos personales, sociodemográficos (paridad, estado menstrual, uso actual de la terapia hormonal, nivel educativo, estado civil y nutricional, actividad laboral, hábito de fumar) y se aplican escalas para valorar CV. Se excluye a las mujeres con desórdenes mentales y discapacidad para llenar los documentos, analfabetas, las que no comprenden las preguntas, las que se desean retirar después de iniciar la participación y las embarazadas. Los formularios incompletos son eliminados. Los correctamente diligenciados son digitados en una base de datos. El presente informe es análisis de datos presentes en dicha base.

Participaron mujeres de etnia afrodescendiente e hispanica. Las afrodescendientes cumplieron los siguientes criterios: [A] en la pregunta 'etnia a la cual pertenece' del formulario de datos sociodemográficos, informaron ser afrodescendiente, mulata, negra, palenquera o raizal, [B] tener rasgos fenotípicos de raza negra, [C] ser hijas de padre y madre de raza negra, [D] Residir en áreas rurales o barrios considerados asentamientos afrodescendientes. Aquellas que no cumplieron los criterios anteriores y no se auto-reconocieron como indígenas, fueron consideradas hispanicas, y correspondieron a mujeres multiétnicas producto de las numerosas inmigraciones y mestizaje presentado en el territorio colombiano. Residían en Barranquilla, Cartagena, San Basilio, San Cayetano, Mahates, Marialabaja (en la región caribe), Cali o Buenaventura (en la costa pacífica).

El último censo de población colombiana fue realizado en el año 2005. Se contó 21 718 757 mujeres, estando 4 423 739 entre 40 y 59 años de edad. La proyección al año 2016⁽⁷⁾ estimó 643 792 mujeres entre 40 y 59 años de edad residentes en las poblaciones de donde se tomaron las mujeres del estudio y son consideradas el universo; se calculó el tamaño de la muestra 663 mujeres con nivel de heterogeneidad 50%, margen de error 5% y nivel de confianza 99%. Se encontró mayor número de mujeres en la base de datos CAVIMEC que el tamaño calculado y todas fueron incluidas en el estudio.



El estado nutricional se estableció utilizando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), categorizándose como: infrapeso (<18,50 kg/m²), normal (18,50 a 24,99 kg/m²), sobrepeso (25,00 a 29,99 kg/m²), obesidad-I (30,00 a 34,99 kg/m²), obesidad-II (35,00 a 39,99 kg/m²) y obesidad-III (≥40,00 kg/m²). Nivel de escolaridad, según número de años de estudios en primarios (1 a 5), secundarios (6 a 11), técnico (12 a 13), tecnólogo (14 a 15) y profesional (16 y más). Formación académica, doce o más años y menos. Premenopáusicas, las que presentaban períodos menstruales o tenían menos de un año de ausencia de menstruaciones. Posmenopáusicas, tenían uno o más años sin menstruar; fueron divididas en tempranas (1 a 5 años), tardía (6 a 10 años) y alejada (>10 años).

La Escala Cervantes (EC) es un cuestionario validado que mide, desde la percepción de la mujer, 31 manifestaciones o condiciones de salud en la menopausia, en las últimas cuatro semanas. Las preguntas se agrupan en cuatro dominios: menopausia/salud (incluye tres subdominios: síntomas vasomotores, salud y envejecimiento), psíquico, sexualidad y relación de pareja. Cada pregunta es tipo Likert: 0 [no presente], 1-2-3-4 [intermedios] y 5 [mucho], siendo de mejor a peor en las preguntas negativas [1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31] y lo contrario en las positivas [4, 8, 13, 15, 20, 22, 26, 30]. Las sumas crean el puntaje de los dominios y entre estos el global, que va de 0 a 155. A mayor puntuación, mayor deterioro de los dominios y de la CV. No se ha propuesto punto de corte para establecer deterioro de la CV⁽⁸⁾. De acuerdo a la puntuación del dominio y la edad de las participantes, se les clasifica en cuatro niveles de severidad: sin problema, problema medio/bajo, alto y severo. Se definió como 'peor grado de severidad' a las mujeres que tuvieron grados de severidad alto/severo en el puntaje de los dominios de la escala utilizada.

En los aspectos éticos, todas las participantes firmaron consentimiento informado previo a la aplicación de la encuesta, de acuerdo a la declaración de Helsinki. Se tuvieron en cuenta normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, lo que permite considerar al estudio como investigación sin riesgos⁽⁹⁾. Ninguna residía en resguardos étnicos. CAVIMEC

está aprobado por el comité de ética de la Universidad de Cartagena.

El análisis estadístico fue realizado con Epi-Info-7 [Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EEUU]. Los datos se expresan en medias con desviación estándar para datos continuos y en valores absolutos, porcentajes e intervalos de confianza los categóricos. Las diferencias fueron evaluadas con ANOVA o prueba de Student y Mann-Witney o Kruskal-Wallis, según homogeneidad de la varianza. Los porcentajes fueron evaluados usando el χ^2 . Un valor de $P < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. Se realizó regresión logística no ajustada, siendo la variable desenlace el puntaje total de la EC, dicotomizada según puntuación media; valores superiores, se consideraron deterioro de CV, y como variables independientes se tomaron las condiciones sociodemográficas.

RESULTADOS

Se estudió 1 894 mujeres, 646 (34,1%) afrocolombianas y 1 248 (65,9%) hispánicas. Las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1. Las afrodescendientes y las hispánicas tuvieron, respectivamente: edad 48,7±5,7 y 48,2±5,8, IMC 27,2±4,8 y 24,8±3,9, número de hijos 3,5±2,1 y 2,6±1,6. La mitad de las hispánicas tenía estado nutricional normal y 40% de afrocolombianas estaba en sobrepeso. Eran casadas el 35,9% de las afrodescendientes y 38,6% de las hispánicas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad de la última menstruación y en el número de años desde entonces. Al considerar ambos grupos, menos de la décima parte fumaba, más de 90% no utilizaba terapia hormonal, 40% eran posmenopáusicas y 50% de ellas en posmenopausia temprana.

El alfa de Cronbach estimado para la escala con toda la población fue 0,819. Las hispánicas tuvieron mayor presencia severa de cefalea que afrodescendientes, 6,6% y 2,0%, respectivamente, $p < 0,001$. Sentir oleadas de calor severo en todo momento lo informaron 7% de las hispánicas y 20% de las afrodescendientes y, a su vez, los síntomas vasomotores severos y la sensación de estar hinchada fueron mayores en estas últimas. Sentir no tener buena salud como cualquier persona, considerar el sexo como nada importante, ser infeliz en la relación de pareja y sentir que el papel como pareja no era importante, fue ma-



TABLA I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

	Total N=1 894	Afrodescendientes N=646	Hispánicas N=1 248	P
Edad, X±SD	48,4±5,8	48,7±5,7	48,2±5,8	0,042*
IMC, X±SD	25,6±4,3	27,2±4,8	24,8±3,9	<0,001**
Hijos, X±SD	2,9±1,8	3,5±2,1	2,6±1,6	<0,001**
Estudios, X±SD	9,42±4,9	8,0±5,7	10,1±4,4	<0,001**
Grupos etarios, n (%) [RI]				
40 a 44	558 (29,4) [27,4-31,5]	165 (25,5) [22,3-29,0]	393 (31,4) [28,9-34,1]	0,007***
45 a 49	562 (29,6) [27,6-31,7]	205 (31,7) [28,2-35,4]	357 (28,6) [26,1-31,1]	0,157***
50 a 54	383 (20,2) [18,4-22,0]	136 (21,0) [18,0-24,3]	247 (19,7) [17,6-22,0]	0,517***
55 a 59	391 (20,6) [18,8-22,5]	140 (21,6) [18,6-25,0]	251 (20,1) [17,9-22,4]	0,426***
Estados nutricionales, n (%) [RI]				
Infrapeso	61 (3,2) [2,5-4,1]	15 (2,3) [1,4-3,8]	46 (3,9) [2,7-4,8]	0,111***
Normal	807 (42,6) [40,4-44,8]	184 (28,4) [25,1-32,0]	623 (49,9) [47,1-52,6]	<0,001***
Sobrepeso	751 (39,6) [37,4-41,8]	285 (44,1) [40,3-47,9]	466 (37,3) [34,7-40,0]	0,004***
Obesidad I	204 (10,7) [9,4-12,2]	112 (17,3) [14,6-20,4]	92 (7,3) [6,0-8,9]	<0,001***
Obesidad II	60 (3,1) [2,4-4,0]	42 (6,5) [4,8-8,6]	18 (1,4) [0,9-2,2]	<0,001***
Obesidad III	11 (0,5) [0,3-1,0]	8 (1,2) [0,6-2,4]	3 (0,2) [0,08-0,7]	0,006***
Nivel de escolaridad, n (%) [RI]				
Primario	496 (26,1) [24,2-28,2]	273 (42,2) [38,5-46,1]	223 (17,8) [15,8-20,0]	<0,001***
Bachillerato	808 (42,6) [40,4-44,9]	208 (32,2) [28,7-35,9]	600 (48,0) [45,3-50,8]	<0,001***
Técnico	109 (5,7) [4,7-6,9]	18 (2,7) [1,7-4,3]	91 (7,2) [5,9-8,8]	<0,001***
Tecnólogo	135 (7,1) [6,0-8,3]	13 (2,0) [1,1-3,4]	122 (9,7) [8,2-11,5]	<0,001***
Profesional	346 (18,2) [16,5-20,0]	134 (20,7) [17,7-24,0]	212 (16,9) [15,0-19,1]	0,044***
Años de formación académica, n (%) [RI]				
< 12 años	1 304 (68,8) [66,7-70,8]	481 (74,4) [70,9-77,6]	823 (65,9) [63,3-68,5]	<0,001***
12 años y más	590 (31,1) [29,2-33,2]	165 (25,5) [22,3-29,0]	425 (34,0) [31,4-36,7]	<0,001***
Actividad laboral, n (%) [RI]				
Ama de hogar	1 013 (53,4) [51,2-55,7]	311 (48,1) [44,3-52,0]	702 (56,2) [53,4-58,9]	<0,001***
Oficina	128 (6,7) [5,7-7,9]	28 (4,3) [3,0-6,1]	100 (8,0) [6,6-9,6]	0,002***
Comerciante	320 (16,9) [15,2-18,6]	173 (26,7) [23,5-30,3]	147 (11,7) [10,1-13,6]	<0,001***
Obrera	20 (1,0) [0,6-1,6]	2 (0,3) [0,08-1,1]	18 (1,4) [0,9-2,2]	0,022***
Jubilada	45 (2,3) [1,7-3,1]	9 (1,3) [0,7-2,6]	36 (2,8) [2,0-3,9]	0,043***
Profesional	368 (19,4) [17,7-21,2]	123 (19,0) [16,2-22,2]	245 (19,6) [17,5-21,9]	0,757***
Realización de la actividad laboral, n (%) [RI]				
En casa	1 058 (55,8) [53,6-58,0]	320 (49,5) [45,6-53,3]	738 (59,1) [56,3-61,8]	<0,001***
Fuera de casa	836 (44,1) [41,9-46,3]	326 (50,4) [46,6-54,3]	510 (40,8) [38,1-43,6]	<0,001***
Estado civil, n (%) [RI]				
Soltera	188 (9,9) [8,6-11,3]	84 (13,0) [10,6-15,8]	104 (8,3) [6,9-10,0]	0,001***
Casada	714 (37,7) [35,5-39,9]	232 (35,9) [32,3-39,6]	482 (38,6) [35,9-41,3]	0,249***
Unión libre	591 (31,2) [29,1-33,3]	205 (31,7) [28,2-35,4]	386 (30,9) [28,4-33,5]	0,720***
Separada	250 (13,2) [11,7-14,8]	60 (9,2) [7,2-11,7]	190 (15,2) [13,3-17,3]	<0,001***
Viuda	151 (7,9) [6,8-9,2]	65 (10,0) [7,9-12,6]	86 (6,8) [5,6-8,4]	0,015***
Hábito de fumar, n (%) [RI]				
Nunca	1 395 (73,6) [71,6-75,5]	516 (79,8) [76,6-82,7]	879 (70,4) [67,8-72,9]	<0,001***
Anteriormente	363 (19,1) [17,4-21,0]	69 (10,6) [8,5-13,3]	294 (23,5) [21,2-25,9]	<0,001***
Actualmente	136 (7,1) [6,1-8,4]	61 (9,4) [7,4-11,9]	75 (6,0) [4,8-7,4]	0,006***



Uso actual de terapia hormonal, n (%) [RI]				
No	1 770 (93,4) [92,2-94,4]	615 (95,2) [93,2-96,6]	1 155 (92,5) [90,9-93,8]	0,026***
Sí	124 (6,5) [5,5-7,7]	31 (4,8) [3,4-6,7]	93 (7,4) [6,1-9,0]	0,026***
Estado menopáusico, n (%) [RI]				
Premenopausia	664 (35,0) [32,9-37,2]	271 (41,9) [38,2-45,7]	393 (31,4) [28,9-34,1]	<0,001***
Transición a la menopausia	460 (24,2) [22,4-26,2]	113 (17,4) [14,7-20,6]	347 (27,8) [25,3-30,3]	<0,001***
Posmenopausia	770 (40,6) [38,4-42,8]	262 (40,5) [36,8-44,3]	508 (40,7) [38,0-43,4]	0,950***
Postmenopáusicas, n=770, X±SD				
Edad última menstruación	46,6±4,0	47,1±4,0	46,3±4,0	0,018*
Años desde menopausia	6,4±4,5	6,2±4,4	6,5±4,6	0,489*
Edad de establecimiento de la menopausia, n (%) [RI]				
Antes de los 40 años	28 (3,6) [2,5-5,2]	6 (2,2) [0,8-4,9]	22 (4,3) [2,8-6,4]	0,154***
Entre 40 y 44 años	153 (19,8) [17,2-22,8]	51 (19,4) [14,8-24,7]	102 (20,0) [16,8-23,7]	0,833***
Entre 45 y 49 años	407 (52,8) [49,3-56,3]	129 (49,2) [43,0-55,4]	278 (54,7) [50,3-59,0]	0,246***
50 o más años	182 (23,6) [23,6-26,7]	76 (29,0) [23,5-34,9]	106 (20,8) [17,5-24,6]	0,022***
Clasificación de las etapas en la posmenopausia, n (%) [RI]				
Posmenopausia temprana	399 (51,8) [48,2-55,3]	133 (50,7) [44,5-56,9]	266 (52,3) [48,0-56,6]	0,713***
Posmenopausia tardía	228 (29,6) [26,4-32,9]	91 (34,7) [28,9-40,8]	137 (26,9) [23,2-30,9]	0,048***
Posmenopausia alejada	143 (18,5) [15,9-21,4]	38 (14,5) [10,4-19,3]	105 (20,6) [17,3-24,4]	0,048***

*ANOVA

** Mann-Whitney

*** Mantel-Haenszel

por en hispanicas. De toda la población, el 41% informó disminución de las relaciones sexuales, el 30% no sentirse tratada de igual a igual en su

relación de pareja y el 26% ausencia de satisfacción con el sexo, sin diferencias estadísticas significativas entre etnias. Tabla 2.

TABLA 2. ESCALA CERVANTES. MANIFESTACIÓN SEVERA DE CADA SÍNTOMA.

	Total N=1894	Afrodescendientes N=646	Hispanicas N=1248	P*
1. Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más	Todos los días, n (%) [IC95%]			
	96 (5,0) [4,1-6,1]	13 (2,0) [1,1-3,4]	83 (6,6) [5,4-8,1]	<0,001
2. No puedo más de lo nerviosa que estoy	Constantemente, n (%) [IC95%]			
	21 (1,1) [1,3-2,6]	9 (1,3) [0,7-2,6]	12 (0,9) [0,5-1,6]	0,395
3. Noto mucho calor de repente	En todo momento			
	226 (11,9) [10,5-13,4]	130 (20,1) [17,2-23,3]	96 (7,6) [6,3-9,3]	<0,001
4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre	Mucho menos, n (%) [IC95%]			
	471 (24,8) [22,9-26,8]	158 (24,4) [21,3-27,9]	313 (25,0) [22,7-27,5]	0,766
5. No consigo dormir las horas necesarias	Constantemente, n (%) [IC95%]			
	117 (6,1) [5,1-7,3]	42 (6,5) [4,8-8,6]	75 (6,0) [4,8-7,4]	0,673
6. Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	Cierto, n (%) [IC95%]			
	97 (5,1) [4,2-6,2]	37 (5,7) [4,1-7,7]	60 (4,8) [3,7-6,1]	0,389
7. Noto hormigueos en las manos y/o los pies	Insoportable, n (%) [IC95%]			
	95 (5,0) [4,1-6,0]	33 (5,1) [3,6-7,0]	62 (4,9) [3,8-6,3]	0,894
8. Me considero feliz en mi relación de pareja	Nada			
	377 (19,9) [18,1-21,7]	107 (16,5) [13,9-19,6]	270 (21,6) [19,4-24,0]	0,008
9. De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	Constantemente, n (%) [IC95%]			
	173 (9,1) [7,9-10,5]	81 (12,5) [10,2-15,3]	92 (7,3) [6,0-8,9]	<0,001
10. He perdido la capacidad de relajarme	Completamente, n (%) [IC95%]			
	73 (3,8) [3,0-4,8]	18 (2,7) [1,7-4,3]	55 (4,4) [3,4-5,6]	0,082
11. Aunque duermo, no consigo descansar	Constantemente, n (%) [IC95%]			
	143 (7,5) [6,4-8,8]	49 (7,5) [5,7-9,8]	94 (7,5) [6,1-9,1]	0,966



	Total N=1 894	Afrodescendientes N=646	Hispánicas N=1 248	P*
12. Noto como si las cosas me dieran vueltas	Mucho, n (%) [IC95%]			
	48 (2,5) [1,9-3,3]	13 (2,0) [1,1-3,4]	35 (2,8) [2,0-3,8]	0,298
13. Mi papel como esposa o pareja es...	Nada importante, n (%) [IC95%]			
	338 (17,8) [16,1-19,6]	87 (13,4) [11,0-16,3]	251 (20,1) [17,9-22,4]	<0,001
14. Creo que retengo líquido, porque estoy hinchada	Sí, mucho más, n (%) [IC95%]			
	100 (5,2) [4,3-6,3]	48 (7,4) [5,6-9,7]	52 (4,1) [3,1-5,4]	0,002
15. Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	Nada			
	501 (26,4) [24,5-28,4]	181 (28,0) [24,6-31,6]	320 (25,6) [23,3-28,1]	0,266
16. Noto que los músculos o las articulaciones me duelen	Dolor insoportable, n (%) [IC95%]			
	131 (6,9) [5,8-8,1]	40 (6,1) [4,5-8,3]	91 (7,2) [5,9-8,8]	0,371
17. Creo que los demás estarían mejor sin mí	Cierto			
	52 (2,7) [2,1-3,5]	12 (1,8) [1,0-3,2]	40 (3,2) [2,3-4,3]	0,088
18. Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	Mucho			
	50 (2,6) [2,0-3,4]	15 (2,3) [1,4-3,8]	35 (2,8) [2,0-3,8]	0,534
19. Desde que me levanto me encuentro cansada	Mucho, n (%) [IC95%]			
	114 (6,0) [5,0-7,1]	39 (6,0) [4,4-8,1]	75 (6,0) [4,8-7,4]	0,980
20. Tengo tan buena salud como cualquier persona a mi edad	No, en absoluto, n (%) [IC95%]			
	327 (17,2) [3,2-15,6]	86 (13,3) [10,9-16,1]	241 (19,3) [17,2-21,5]	0,001
21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada	En todo momento, n (%) [IC95%]			
	42 (2,2) [1,6-2,9]	13 (2,0) [1,1-3,4]	29 (2,3) [1,6-3,3]	0,662
22. Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes	Mucho menos, n (%) [IC95%]			
	775 (40,9) [38,7-43,1]	270 (41,8) [38,0-45,6]	505 (40,4) [37,7-43,2]	0,576
23. Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control	Mucho, n (%) [IC95%]			
	25 (1,3) [0,9-1,9]	7 (1,0) [0,5-2,2]	18 (1,4) [0,9-2,2]	0,516
24. A veces pienso que no me importaría estar muerta	Constantemente, n (%) [IC95%]			
	26 (1,3) [0,9-2,0]	7 (1,0) [0,5-2,2]	19 (1,5) [0,9-2,3]	0,436
25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	Constantemente, n (%) [IC95%]			
	66 (3,4) [2,7-4,4]	25 (3,8) [2,6-5,6]	41 (3,2) [2,4-4,4]	0,510
26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual	Nunca, n (%) [IC95%]			
	577 (30,4) [28,4-32,5]	191 (29,5) [26,1-33,2]	386 (30,9) [28,4-33,5]	0,541
27. Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca	Mucho, n (%) [IC95%]			
	83 (4,3) [3,5-5,4]	24 (3,7) [2,5-5,4]	59 (4,7) [3,6-6,0]	0,307
28. Me siento vacía	Siempre, n (%) [IC95%]			
	53 (2,8) [2,1-3,6]	21 (3,2) [2,1-4,9]	32 (2,5) [1,8-3,6]	0,390
29. Noto sofocaciones	En todo momento, n (%) [IC95%]			
	199 (10,5) [9,2-11,9]	121 (18,7) [15,9-21,9]	78 (6,2) [5,0-7,7]	<0,001
30. En mi vida el sexo es...	Nada importante, n (%) [IC95%]			
	431 (22,7) [20,9-24,7]	93 (14,4) [11,9-17,3]	338 (27,0) [24,6-29,6]	<0,001
31. He notado que tengo más sequedad de piel	Sí, mucho más, n (%) [IC95%]			
	228 (12,0) [10,6-13,5]	71 (10,9) [8,8-13,6]	157 (12,5) [10,8-14,5]	0,313

* Mantel-Haenszel

La media del puntaje global de la escala en afrodescendientes fue $39,2 \pm 22,6$ y en hispánicas, $43,7 \pm 25,0$, $p < 0,001$. Dominios psíquico, sexualidad, relación de pareja y envejecimiento tuvieron mejor calificación en afrodescendientes, mientras que síntomas vasomotores lo fue en hispánicas, $p < 0,001$. No se observó diferencia

significativa en dominio menopausia/salud, ni en subdominio salud. Tabla 3.

Las hispánicas presentaron mayor prevalencia de deterioro alto y severo, en todos los dominios de la escala (tabla 4). El 34% de las participantes tuvo 'peor grado de severidad' del dominio se-



TABLA 3. ESCALA CERVANTES. DOMINIOS, SUBDOMINIOS Y PUNTUACIÓN GLOBAL.

Dominios	Total N=1 894	Afrodescendientes N=646	Hispanicas N=1 248	P
Menopausia y salud	20,4±13,1	20,2±12,3	20,5±13,5	0,734**
Psíquico	6,9±7,4	5,9±7,1	7,5±7,4	<0,001*
Sexualidad	11,4±4,9	10,5±4,9	11,9±4,9	<0,001*
Relación de pareja	5,2±5,2	4,5±5,1	5,6±5,2	<0,001*
Subdominios				
Síntoma vasomotor	4,9±4,6	6,4±4,8	4,2±4,2	<0,001**
Salud	5,8±4,7	5,5±4,7	6,0±4,7	0,023*
Envejecimiento	9,6±6,4	8,2±5,9	10,2±6,5	<0,001**
Puntaje global	42,2±24,3	39,2±22,6	43,7±25,0	<0,001**

* ANOVA

** Mann-Whitney

TABLA 4. ESCALA CERVANTES. DETERIORO ALTO Y SEVERO DE LOS DOMINIOS.

Dominio	Grado de severidad	Todas = 1 894	Afrodescendientes N=646	Hispanicas N=1 248
Menopausia y salud	Alto	214 (11,3) [9,9-12,8]	64 (9,9) [7,8-12,4]	150 (12,0) [10,3-13,9]
	Severo	61 (3,2) [2,5-4,1]	13 (2,0) [1,1-3,4]	48 (3,8) [2,9-5,0]
Psíquico	Alto	140 (7,3) [6,3-8,6]	40 (6,1) [4,5-8,3]	100 (8,0) [6,6-9,6]
	Severo	55 (2,9) [2,2-3,7]	17 (2,6) [1,6-4,1]	38 (3,0) [2,2-4,1]
Sexualidad	Alto	366 (19,3) [17,6-21,1]	113 (17,4) [14,7-20,6]	253 (20,2) [18,1-22,5]
	Severo	282 (14,8) [13,3-16,5]	72 (11,1) [8,9-13,8]	210 (16,8) [14,8-19,0]
Relaciones de pareja	Alto	236 (12,4) [11,0-14,0]	73 (11,3) [9,8-13,9]	163 (13,0) [11,3-15,0]
	Severo	344 (18,1) [16,4-19,9]	97 (15,0) [12,4-17,9]	247 (19,7) [17,6-22,0]

xualidad, estando más afectadas las hispanicas; lo mismo se observó en la relación de pareja, $p < 0,001$. No hubo diferencias entre los grupos al evaluar los dominios menopausia/salud y psíquico (tabla 5).

Con respecto a las afrodescendientes, ser hispanica fue factor asociado a 'peor grado de severidad' en tres dominios: menopausia/salud OR: 1,40 [IC95%: 1,05 a 1,85], $p = 0,019$; sexualidad OR: 1,46 [IC05%: 1,19 a 1,80], $p < 0,001$; relación de pareja OR: 1,36 [IC95%: 1,10 a 1,69], $p = 0,035$. No se encontró asociación en el dominio psíquico OR: 1,28 [IC95%: 0,92 a 1,77], $p = 0,130$.

La tabla 6 presenta los factores asociados a deterioro de la CV. Ser hispanica se asoció a 43% mayor riesgo de deterioro de la CV con respecto a afrodescendiente. Edad > 44 años, formación académica < 12 años, estar separada, viudez, hábito de fumar en la actualidad, perimenopausia y posmenopausia se comportaron como factores asociados a deterioro de la CV en las dos etnias. Entre las hispanicas, sobrepeso, obesidad y posmenopausia alejada se asociaron a peor CV. Ser profesional y trabajar fuera de casa fueron factores protectores solamente en afrodescendientes. No se observó asociación significativa con el uso de la terapia hormonal.

TABLA 5. ESCALA CERVANTES. DETERIORO EN 'PEOR GRADO' DE LOS DOMINIOS.

Dominio	Total N=1 894	Afrodescendientes N=646	Hispanicas N=1 248	P*
Menopausia y salud	275 (12,5)	77 (11,9)	198 (12,7)	0,574
Psíquico	195 (10,3)	57 (8,8)	138 (11,0)	0,129
Sexualidad	648 (34,2)	185 (28,5)	463 (37,1)	<0,001
Relación de pareja	580 (30,6)	170 (26,3)	410 (32,8)	0,003

* Mantel-Haenszel



Tabla 6. FACTORES ASOCIADOS A DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA. PUNTUACIÓN SOBRE LA MEDIA DE LA ESCALA CERVANTES. REGRESIÓN LOGÍSTICA. N=1 894.

OR [IC95%], p			
Etnia			
Afrodescendiente	1		
Hispánica	1,43 [1,18-1,73] <0,001		
	Total N=1 894	Afrodescendientes N=646	Hispánicas N=1 248
Grupos etarios			
40 a 44	1		
45 a 49	2,53 [1,96-3,27] <0,001	2,42 [1,52-3,86] <0,001	2,66 [1,96-3,63] <0,001
50 a 54	4,36 [3,29-5,77] <0,001	3,60 [2,18-5,96] <0,001	5,00 [3,54-7,06] <0,001
55 a 59	6,13 [4,61-8,16] <0,001	4,16 [2,52-6,86] <0,001	8,15 [5,68-11,69] <0,001
Estados nutricionales			
Normal	1		
Infrapeso	1,37 [0,81-2,32] 0,227	1,08 [0,37-3,18] 0,880	1,49 [0,81-2,71] 0,191
Sobrepeso	1,46 [1,19-1,78] <0,001	0,99 [0,67-1,45] 0,974	1,88 [1,47-2,40] <0,001
Obesidad I	1,67 [1,23-2,28] 0,001	1,17 [0,72-1,90] 0,503	2,79 [1,76-4,42] <0,001
Obesidad II	1,99 [1,17-3,38] 0,010	1,79 [0,91-3,51] 0,090	2,98 [1,10-8,05] 0,031
Obesidad III	1,82 [0,55-6,03] 0,323	1,62 [0,39-6,72] 0,500	2,98 [0,26-33,07] 0,373
Nivel de escolaridad			
Profesional	1		
Primario	2,33 [1,75-3,10] <0,001	4,17 [2,49-6,98] <0,001	2,20 [1,50-3,23] <0,001
Bachillerato	1,90 [1,46-2,48] <0,001	4,62 [2,71-7,87] <0,001	1,24 [0,90-1,70] 0,179
Técnico	1,27 [0,81-1,99] 0,286	3,23 [1,13-9,27] 0,028	0,82 [0,49-1,36] 0,453
Tecnólogo	2,21 [1,47-3,32] <0,001	4,36 [1,33-14,23] 0,014	1,47 [0,94-2,30] 0,085
Años de formación académica			
12 años y más	1		
< 12 años	1,62 [1,33-1,98] <0,001	3,18 [2,10-4,81] <0,001	1,34 [1,06-1,70] 0,013
Actividad laboral			
Ama de hogar	1		
Oficina	0,72 [0,50-1,05] 0,095	0,29 [0,11-0,74] 0,009	0,90 [0,59-1,37] 0,629
Comerciante	1,10 [0,85-1,41] 0,441	0,84 [0,57-1,22] 0,363	1,53 [1,07-2,20] 0,019
Obrera	0,70 [0,28-1,74] 0,455	*	0,84 [0,33-2,17] 0,729
Jubilada	1,32 [0,72-2,42] 0,353	1,34 [0,35-5,09] 0,665	1,32 [0,67-2,59] 0,415
Profesional	0,54 [0,42-0,70] <0,001	0,20 [0,12-0,35] <0,001	0,79 [0,59-1,06] 0,123
Realización de la actividad laboral			
En casa	1		
Fuera de casa	0,74 [0,62-0,89] 0,002	0,48 [0,35-0,66] <0,001	0,97 [0,77-1,21] 0,813
Estado civil			
Soltera	1		
Casada	0,65 [0,47-0,91] 0,012	1,12 [0,63-1,96] 0,693	0,41 [0,26-0,63] <0,001
Unión libre	0,90 [0,64-1,25] 0,538	1,99 [1,13-3,49] 0,015	0,50 [0,32-0,77] 0,002
Separada	3,00 [2,01-4,45] <0,001	6,07 [2,92-12,60] <0,001	1,70 [1,03-2,82] 0,037
Viuda	2,91 [1,85-4,58] <0,001	5,50 [2,73-11,16] <0,001	1,85 [1,00-3,44] 0,049
Hábito de fumar			
Nunca	1		
Anteriormente	1,73 [1,37-2,19] <0,001	3,67 [2,17-6,21] <0,001	1,29 [0,99-1,69] 0,052
Actualmente	3,47 [2,36-5,09] <0,001	6,40 [3,47-11,80] <0,001	2,36 [1,43-3,88] <0,001



Uso actual de terapia hormonal			
Sí	1	1	1
No	0,85 [0,59-1,23] 0,406	0,69 [0,33-1,42] 0,318	0,96 [0,63-1,47] 0,868
Estado menopáusico			
Premenopausia	1	1	1
Transición a la menopausia	1,57 [1,22-2,02] <0,001	2,08 [1,31-3,31] 0,001	1,36 [1,00-1,84] 0,045
Posmenopausia	4,43 [3,54-5,54] <0,001	3,41 [2,36-4,91] <0,001	5,05 [3,83-6,72] <0,001
Clasificación de las etapas en la posmenopausia			
Posmenopausia temprana	1	1	1
Posmenopausia tardía	1,26 [0,90-1,77] 0,169	0,73 [0,43-1,25] 0,265	2,10 [1,32-3,34] 0,001
Posmenopausia alejada	2,52 [1,61-3,93] <0,001	2,11 [0,96-4,60] 0,059	2,69 [1,54-4,64] <0,001

*Muestra muy pequeña

DISCUSIÓN

El climaterio es un período fisiológico en la vida de la mujer en el cual ocurre descenso progresivo de la función ovárica, que se manifiesta con pérdida de la capacidad reproductiva y síntomas físicos, psicológicos, sexuales y emocionales, con impacto desfavorable en el ámbito productivo, familiar, social y de la CV^(10,11). En 1994, la OMS definió CV como la percepción del individuo sobre su existencia, en el contexto cultural y sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, normas e inquietudes⁽¹²⁾.

A pesar del mestizaje de comunidades amerindias con inmigrantes europeos y africanos traídos como esclavos a Colombia, es posible identificar distintos grupos étnicos en el país. Datos del Censo 2005 señalan que 3,4% de colombianos se autorreconocieron como indígenas, 10,6% afrodescendientes, 0,01% gitanos y 85,9% no pertenecían a una etnia en específica⁽⁷⁾, que en este estudio hemos denominado hispanicas. Cada etnia cuenta con características biológicas, psicológicas, sexuales y socioculturales que influyen en las diferencias que hemos encontrado en síntomas, grados de deterioro de dominios de la EC y la CV^(5,6).

La disminución de los niveles de estradiol y el incremento de FSH son parte de los cambios hormonales que suceden en el climaterio⁽¹³⁾. Se ha señalado que existen diferencias étnicas específicas en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovarios y en las concentraciones séricas de estradiol, testosterona y globulina fijadora de hormonas sexuales, que podrían explicar la diversidad en la prevalencia e intensidad de los síntomas menopáusicos entre las climatéricas⁽¹⁴⁾. Un estudio observó que los niveles de

FSH y DHEAS eran mayores en hispanicas de mediana edad que en afrodescendientes ($p < 0,05$)⁽¹⁵⁾. Se reportó que las concentraciones séricas de estradiol disminuyen menos dramáticamente en posmenopáusicas afroamericanas que en mujeres de otras etnias⁽¹³⁾. A pesar de que existe alta prevalencia de sobrepeso y obesidad entre algunas comunidades afrodescendientes, tienden a poca grasa visceral, cuya relación con los niveles estrogénicos es inversamente proporcional⁽¹³⁾. Estudios en asiáticas demuestran que el consumo dietario de isoflavonas podría explicar sus diferencias en síntomas con las caucásicas⁽¹⁴⁾. Al parecer no existen estudios en afrodescendientes e hispanicas colombianas que evalúen la dieta como factor influyente sobre los niveles hormonales y, por tanto, sobre los síntomas menopáusicos y la CV.

La EC es genérica al evaluar el concepto de cefalea o dolores de cabeza y no hace diferenciación entre sus tipos. Se encontró que esta manifestación fue más frecuente en hispanicas que en afrocolombianas. Por el contrario, en una cohorte multiétnica no se observaron diferencias raciales significativas en la prevalencia de dicho síntoma (caucásicas 54,1%, afrodescendientes 54,3%, hispanicas 45,3%, $p > 0,05$)⁽¹⁶⁾. Poco se ha estudiado al respecto para identificar similitudes y/o diferencias entre los grupos étnicos, tal como sucede con muchas de las manifestaciones presentes en la EC, lo que hace difícil precisar sobre el valor clínico o de salud pública de las diferencias encontradas.

Las afrocolombianas tuvieron mayor presencia de síntomas vasomotores severos que las hispanicas. Monterrosa y col⁽⁴⁾ evaluaron afrodescendientes del caribe colombiano con EC y sus hallazgos fueron: 76% oleadas de calor



repentinas, 73% sofocaciones y 56% sudoración sin esfuerzos. Los mismos autores⁽⁶⁾ utilizando MRS encontraron síntoma vasomotor en afrodescendientes 53%. SWAN informó que las afroamericanas manifestaban tasas más altas de oleadas de calor en todas las etapas del climaterio, al compararlas con caucásicas, hispánicas, chinas y japonesas⁽¹⁷⁾. Se ha señalado que las diferencias raciales y étnicas en relación a los síntomas vasomotores pueden ser originadas por variaciones en la expresión de receptores de hormonas reproductivas, vías metabólicas, dieta y estrés social⁽¹⁶⁾. Freeman y col⁽¹⁸⁾ anotaron que las afroamericanas presentan mayores niveles de FSH, ansiedad, consumo de alcohol, paridad e IMC como factores predisponentes a oleadas de calor y otros síntomas menopáusicos.

El envejecimiento se acompaña de cambios fisiológicos, aumento de factores de riesgo [consumo de alcohol, tabaco, malnutrición, inactividad, exposiciones ocupacionales] y respuestas al estrés biológico [inflamación, trombosis, hemorragia, entre otros] que conllevan aumento de comorbilidades a medida que avanza la edad⁽¹⁹⁾. En concordancia encontramos asociación entre la edad mayor de 44 años y el deterioro de la CV, como fue reportado por estudios anteriores en colombianas^(3,6). En climatéricas chilenas, evaluadas con MRS, el riesgo de pobre CV incrementaba el doble en aquellas de 49 años y más, con respecto a las de menor edad⁽²⁰⁾. Observamos que las hispánicas presentaron mayor deterioro de envejecimiento; un estudio previo en 1 844 climatéricas colombianas con EC obtuvo hallazgos similares, $p < 0,0001$ ⁽³⁾. No se identificaron otras publicaciones que indagaran acerca de las diferencias en relación al envejecimiento entre estas dos poblaciones étnicas.

Similar a otros reportes^(21,22), hallamos que las afrodescendientes tienen mayor IMC que las hispánicas. Vélez y colaboradores⁽²³⁾ señalaron que existen diferencias étnicas en las interacciones de genes implicados en procesos metabólicos y corporales que modifican el impacto de las exposiciones ambientales; no obstante, aclaran que es necesario realizar estudios que lo verifiquen. Observamos que el sobrepeso y la obesidad se asociaron a peor CV comparados con el IMC normal, tal como previamente se halló en una gran cohorte de colombianas⁽³⁾. Consistente con nuestros hallazgos, un estudio

previo en colombianas resaltó que a medida que se incrementa el IMC hay peores puntuaciones de la EC⁽³⁾. Se ha señalado que en climatéricas con exceso de peso aumenta la probabilidad de deterioro físico y funcional, más dolores severos, patologías crónicas y baja autoestima⁽²²⁾. Un ensayo aleatorizado controlado sugirió que tener hábitos saludables como dieta más ejercicio impacta positivamente la CV de posmenopáusicas, debido a que mejoran su funcionamiento físico y vitalidad, con menor deterioro psíquico; sin embargo, no está claro el mecanismo por el cual se presenta⁽²⁴⁾.

Varios estudios^(3,4,6) indican que el estado menopáusico se asocia a deterioro de la CV, lo que respalda los resultados encontrados en la regresión logística. Se ha señalado que la posmenopausia se comporta como factor asociado a mayor puntuación global de la EC y MRS. Estos hallazgos pueden ser explicados por el deterioro de las funciones físicas, psicológicas, sociales, vitalidad y el dolor corporal que se presenta a medida que avanza el estado menopáusico^(1,3,7).

Los estrógenos mantienen la adecuada vascularización y la integridad de las células del epitelio genitourinario necesario para la buena excitación; por lo tanto, el deterioro hormonal del climaterio va a alterar la sexualidad⁽²⁵⁾. Adicionalmente, la función sexual puede ser afectada por aspectos psicosociales y de relación de pareja^(25,26). Un estudio perteneciente a *The Melbourne Women's Midlife Health Project*⁽²⁶⁾ concluyó que las condiciones sociales tienen un efecto negativo más importante que las hormonas sobre la sexualidad de las climatéricas. La función sexual está fuertemente relacionada con factores culturales⁽²⁵⁾; ello se hace visible en la región geográfica de las mujeres estudiadas, donde la opinión popular señala que las mujeres afrodescendientes tienen mejor sexualidad que cualquier otra etnia; ello se observó en el estudio; fue mejor la sexualidad y mejor la relación de pareja en las afrodescendientes. SWAN⁽²⁵⁾ comunicó que las afrodescendientes dan mayor importancia a la actividad sexual y sus relaciones sexuales son 64% más frecuentes que en otras etnias. No obstante, los resultados son contradictorios en torno al tema. Un estudio en colombianas señaló que ser hispánica se asociaba a menor deterioro de dichos dominios⁽³⁾, mientras que otro no halló diferencia significativa en los problemas sexuales de afrocolombianas e hispánicas⁽⁶⁾.



El estado de ánimo, ansiedad y depresión se han asociado a disminución de la satisfacción sexual, lo que sugiere que los factores psicológicos también alteran la sexualidad en el climaterio, ello fue observado en un estudio realizado en 1 716 mujeres de mediana edad donde se informó que el 5% de su población manifestaba la triada trastornos del dormir, estado de ánimo depresivo y problemas sexuales. La presencia de dicha triada se asoció a eventos estresantes, pobre apoyo social y bajo nivel de ingresos familiares⁽²⁷⁾. Nuestros hallazgos indican que las hispanicas tienen mayor deterioro psíquico que las afrodescendientes, resultado concordante con otro estudio en colombianas que también utilizó EC⁽³⁾. Un estudio que evaluó dominio psicológico en 1 054 climatéricas de distintas etnias con el *Midlife Women's Symptoms Index*, demostró que las afroamericanas manifestaron menor número y severidad de alteraciones psicológicas que las hispanicas⁽²¹⁾. Por el contrario, con MRS, las afrodescendientes presentaron mayor deterioro psíquico que las hispanicas e indígenas^(5,6). No hallamos asociación significativa entre etnia y deterioro psíquico.

En el abordaje integral de las climatéricas también se deben considerar factores sociales, debido a que influyen sobre su CV y en la severidad de los síntomas menopáusicos^(3,6,11). Se encontró que las hispanicas presentaron niveles de escolaridad superiores a las afrodescendientes, consistente con otros reportes^(5,6). Probablemente estas últimas tengan bajos ingresos familiares, mayores tasas de desempleo, gran número de hermanos, entre otras variables socioeconómicas que impactan negativamente en sus oportunidades educativas⁽²⁸⁾. No obstante, no podemos obtener conclusiones de esto, puesto que el presente estudio no tuvo en cuenta el estatus socioeconómico como parámetro a evaluar.

Mientras que en las hispanicas los resultados no fueron significativos, en las afrodescendientes la actividad profesional y trabajar fuera de casa se asociaron con menor deterioro de la CV. Un estudio señaló que las empleadas tienen mejor percepción de su funcionamiento físico, dolor corporal y rol emocional⁽¹¹⁾. Algunos autores⁽¹⁰⁾ evaluaron climatéricas iraníes con MENQOL y hallaron que el trabajo podría tener un efecto positivo sobre la dimensión física [1,82±1,18 empleadas vs. 2,73±1,19 amas de casa, p=0,009] y psicosocial [1,87±1,07 empleadas vs. 2,46±0,99

amas de casa, p=0,04] en mujeres de mediana edad, probablemente debido a que las trabajadoras tienen mayor autoestima y apoyo social.

La prevalencia del hábito de fumar fue mayor en afrodescendientes, hallazgo no concordante con otros estudios que señalaron que era más frecuente en hispanicas que afrocolombianas^(5,6). Fumar se asoció a peores puntuaciones de EC. Previamente, se había publicado mayor riesgo de alteraciones psicológicas en fumadoras que no fumadoras, p<0,0001⁽³⁾. Adicionalmente, los resultados del estudio observacional WHI señalaron vínculo entre tabaquismo y deterioro de la dimensión física en 90 849 mujeres de 50 a 79 años⁽²⁹⁾.

No se observaron diferencias en el uso de terapia hormonal entre los grupos, consistente con lo que se halló en posmenopáusicas de tres etnias diferentes del caribe colombiano⁽⁵⁾. Los hallazgos sobre el impacto de la terapia hormonal en la CV son contradictorios; no encontramos asociación entre dichas variables. Sin embargo, se ha reportado que el riesgo de pobre CV se incrementa al triple en colombianas que no utilizan terapia hormonal con respecto a las que sí lo hacen⁽⁶⁾. Los beneficios en salud mental y bienestar psicológico con el uso de la terapia hormonal han sido notificados⁽³⁰⁾. En contraposición, Avis y col⁽¹⁾ señalaron que el riesgo de dolor corporal, deterioro de vitalidad y de la función física se incrementó en climatéricas que habían utilizado terapia hormonal previa o actualmente, en comparación con aquellas que nunca la habían usado.

Se encontró que la etnia hispanica fue factor de riesgo de pobre CV con respecto a afrodescendientes, hallazgo no consistente con el estudio CAVIMEC realizado en tres etnias colombianas, que halló cinco veces más riesgo de deterioro de CV en afrodescendientes al compararla con las hispanicas, utilizando MRS⁽⁵⁾. De igual manera, previamente se había señalado que la etnia afrodescendiente se asociaba a altas puntuaciones de MRS, o sea peor CV⁽⁶⁾.

El estudio está sujeto a las limitaciones propias de los estudios transversales. Los resultados no son extrapolables a toda la población hispanica y afrodescendiente de Colombia o América Latina. No se evaluó nivel socioeconómico, tipo de dietas preferidas, comorbilidades y niveles hormonales séricos, factores que posiblemente



influyen sobre los síntomas menopáusicos y la CV. Es necesario realizar estudios adicionales en los diferentes grupos poblacionales de Latinoamérica para precisar similitudes o diferencias en la intensidad y frecuencia de los síntomas relacionados con la menopausia. A pesar de las limitaciones, al parecer es el primer estudio en Colombia que compara la CV en dos grupos étnicos utilizando una herramienta distinta a escala MRS. Diseñada y validada en castellano, la EC es un instrumento ideal para el estudio de latinoamericanas en climaterio. Sus ventajas incluyen que evalúa aspectos, como relación de pareja y envejecimiento, que no se encuentran en otras escalas de CV, permite observar varias percepciones al valorar un mismo síntoma mediante distintas preguntas, y establece el grado de severidad de cada uno de sus dominios.

Se recomienda a médicos y otros profesionales de la salud abordar integralmente a la mujer, teniendo en cuenta la etnia a la cual pertenece. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) proclamó una década para el estudio de la afro descendencia y sus múltiples problemáticas, con el fin de generar mayor acercamiento a una etnia que es sometida a discriminación. La atención primaria es fundamental y se convierte en una oportunidad para identificar aquellas manifestaciones propias del grupo étnico que deterioran su CV, que podrían ser explicadas por factores biológicos, psicosexuales y sociales.

En conclusión, se observaron diferencias significativas en la severidad de algunos síntomas relacionados con la menopausia, en el deterioro de los dominios y en la CV de dos etnias colombianas, hispánicas y afrodescendientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avis N, Colvin A, Bromberger J, Hess R, Matthews K, Ory M, et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2009;16(5):860-9. doi: 10.1097/gme.0b013e3181a3cdaf.
2. Jenabi E, Shobeiri F, Hazavehei S, Roshanaei G. Assessment of Questionnaire Measuring Quality of Life in Menopausal Women: A systematic review. *Oman Med J*. 2015;30(3):151-6. doi: 10.5001/omj.2015.34.
3. Monterrosa-Castro A, Romero I, Marrugo M, Fernandez A, Chedraui P, Perez F. Quality of life in a large cohort of mid-aged Colombian women assessed using the Cervantes Scale. *Menopause*. 2012;19(8):924-30.
4. Monterrosa-Castro A, Durán-Méndez L, Salgado-Madrid M. Manifestaciones menopáusicas y calidad de vida en afrocolombianas. Valoración con escala Cervantes. *Iatreia*. 2017;30(4):376-90.
5. Monterrosa A, Blumel J, Chedraui P, Gomez B, Valdez C. Quality of life impairment among postmenopausal women varies according to race. *Gynecol Endocrinol*. 2009;25(8):491-7.
6. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2008;59:182-190.
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [Internet]. Bogotá: DANE. Estadísticas por tema: Demografía y Población [consultado 6 - octubre - 2017]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>.
8. Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla J, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, Martí A, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clin*. 2004;122(6):205-11.
9. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El ministerio; Octubre 4 de 1993. [consultado 6 - octubre - 2017]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-af44374bb7.pdf.
10. Kalarhousi M, Taebi M, Sadat Z, Saberi F. Assessment of quality of life in menopausal periods: a population study in Khashan, Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2011;13(11):811-7.
11. Wieder S, Szkup M, Jurczak A, Samochowiec A, Samochowiec J, Stanislawska M, Rotter I, et al. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:6692-708. doi: 10.3390/ijerph110706692.
12. World Health Organization. Quality of life assessment: International perspectives. Berlin: Springer, 1994.
13. Tepper P, Randolph J, McConell D, Crawford S, El Khoudary S, Joffe H, Gold E, et al. Trajectory clustering of estradiol and follicle-stimulating hormone during the menopausal transition among women in the Study of Women's Health across the Nation (SWAN). *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(8):2872-80. doi: 10.1210/jc.2012-1422.
14. Randolph J, Sowers M, Bondarenko I, Harlow S, Luborsky J, Little R. Change in estradiol and follicle-stimulating hormone across the early menopausal transition: Effects of ethnicity and age. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(4):1555-61.
15. Randolph J, Sowers M, Gold E, Mohr B, Luborsky J, Santoro N, McConnell D, Finkelstein J, et al. Reproductive hormones in the early menopausal transition: Relationship to ethnicity, body size, and menopausal status. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(4):1516-22.
16. Reed S, Lampe J, Qu C, Copeland W, Gundersen G, Fuller S, Newton K. Premenopausal vasomotor symptoms in an ethnically diverse population. *Menopause*. 2013;21(2):153-158.
17. Gold E, Colvin A, Avis N, Bromberger J, Greendale G, Powell L, Sternfeld B, et al. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ethnicity across the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Public Health*. 2006;96:1226-35.



18. Freeman EW, Sammel MD, Grisso JA, Battistini M, Garcia-España B, Hollander L. Hot flashes in the late reproductive years: risk factors for African American and Caucasian women. *J Women Health Gend Based Med.* 2001;10:67-76.
19. Divo M, Martínez C, Mannino D. Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *Eur Respir J.* 2014;44(4):1055-68. . doi: 10.1183/09031936.00059814.
20. Del Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel J. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS. *Rev Méd Chile.* 2008;136:1511-7.
21. Im E, Kim J, Chee E, Chee W. The relationships between psychological symptoms and cardiovascular symptoms experienced during the menopausal transition: racial/ethnic differences. *Menopause.* 2015;23(4):396-402. doi: 10.1097/GME.0000000000000545.
22. Lynch C, McTigue K, Bost J, Tinker L, Vitolins M, Adams L, Sarto G, et al. Excess weight and physical health-related quality of life in postmenopausal women of diverse racial/ethnic backgrounds. *J Women's Health.* 2010;19(8):1449-58.
23. Velez D, Naj A, Monda K, Noth K, Neuhaus M, Magvajav O, Kusimo I. Gene-environment interactions and obesity traits among postmenopausal African-American and Hispanic women in the Women's Health Initiative SHARe Study. *Hum Genet.* 2013;132(3):323-36. doi: 10.1007/s00439-012-1246-3.
24. Imayama I, Alfano C, Kong, Foster K, Bain C, Xiao L, Duggan C, et al. Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Activity.* 2011;8:118. doi: 10.1186/1479-5868-8-118.
25. Avis N, Brockwell S, Randolph J, Shen S, Cain V, Ory M, Green-dale G. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2009;16(3):442-52.
26. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril.* 2005;84(1):174-80.
27. Prairie B, Wisniewski S, Luther J, Hess R, Thurston R, Wisner K, Bromberger J. Symptoms of depressed mood, disturbed sleep, and sexual problems in midlife women: cross-sectional data from the study of women's health across the nation. *J Women's Health.* 2015;24(2):119-26. doi: 10.1089/jwh.2014.4798.
28. Ministerio de Educación Nacional. Análisis de determinantes de la deserción en la educación superior colombiana con base en el SPADIES. Primera parte. Factores socioeconómicos. Factores académicos e institucionales. Bogotá, Colombia. 2008. [consultado 6 - octubre - 2017]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-254702_determinantes_desercion.pdf.
29. Holahan C, Holahan C, North R, Hayes R, Powers D, Ockene J. Smoking status, physical health-related quality of life, and mortality in middle-aged and older women. *Nicotine Tob Res.* 2013;15(3):662-9. doi: 10.1093/ntr/nts182.
30. Toffol E, Heikinheimo O, Partonen T. Associations between psychological well-being, mental health, and hormone therapy in perimenopausal and postmenopausal women: results of two population-based studies. *Menopause.* 2013;20(6):667-76. doi: 10.1097/gme.0b013e318278eec1.