

# LA ELEVADA PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE SÍNTOMAS UROGENITALES DE MUJERES INDÍGENAS ZENÚES COLOMBIANAS EN POSTMENOPAUSIA, TAMBIÉN ES EVIDENCIADA EN OTRA POBLACIÓN AMERINDIA\*

*THE HIGH PREVALENCE AND SEVERITY OF UROGENITAL SYMPTOMS IN POSTMENOPAUSAL COLOMBIAN INDIGENOUS WOMEN OF ZENÚ ETHNICITY IS ALSO EVIDENT IN OTHER AMERINDIAN POPULATION (\*)*

Álvaro Monterrosa Castro, MD<sup>1</sup>, Ivette Marina Romero Pérez, MD, MSc<sup>2</sup>, Ángel Paternina Caicedo, MD, MSc<sup>3</sup>, Eliana Ojeda Lazo, MD<sup>4</sup>

## RESUMEN

**Antecedentes:** La mujer latinoamericana presenta mayor severidad de síntomas menopáusicos que las de otras regiones del mundo. Mujeres de etnias indígenas colombianas tienen mayor deterioro de la dimensión urogenital que mujeres afro descendientes y mestizas urbanas cartageneras, y esa mayor prevalencia de manifestaciones urogenitales es la que im-

pacta negativamente la calidad de vida de las mujeres indígenas en pos menopausia. **Objetivos:** Comparar dos poblaciones indígenas distantes y observar si la magnitud del deterioro de la dimensión urogenital es similar o diferente. **Material y métodos:** Se incluyeron 573 mujeres postmenopáusicas de 40 a 59 años, 285 de la etnia zenú, de Colombia, de poblaciones a la orilla del mar y 288 de etnia quechua, de Perú, residentes a más de 3000 metros de altura sobre el nivel del mar, en los andes. Ambos grupos de mujeres

\* Producto del Proyecto de Investigación CAVIMEC, perteneciente a la Línea de Investigación: Tiempo de Menopausia, del grupo de Investigación SALUD DE MUJER, avalado por la Universidad de Cartagena y Categorizado B por COLCIENCIAS. Una Investigación aportada a REDLINC (Red Latinoamericana para la Investigación en Climaterio).

<sup>1</sup> Médico. Ginecólogo. Profesor Titular. Jefe de Investigaciones. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

<sup>2</sup> Médico. Ginecólogo. Candidato a Magister en Epidemiología. Universidad del Valle. Cali. Colombia.

<sup>3</sup> Médico General. Candidato a Magister en Epidemiología Clínica. Universidad de Cartagena en Convenio con la Universidad Nacional. Cartagena. Colombia

<sup>4</sup> Médico. Ginecóloga. Docente Asociada. Universidad Andina del Cusco. Cusco. Perú. Correspondencia: Alvaro Monterrosa Castro alvaromonterrosa@gmail.com. Recibido: Agosto 6 de 2010. Aceptado: Noviembre 5 de 2010.

indígenas, hijas de padre y madre indígena residen en comunidades autóctonas. *Instrumento:* Menopause Rating Scale (MRS), compuesta por once síntomas y dividida en tres sub-escalas: somática-vegetativa, psicológico y urogenital. **Resultados:** El puntaje total de la escala MRS revela que ambas etnias tienen una sintomatología climatérica más intensa que la descrita en mujeres hispánicas o europeas (puntaje en Quechuas:  $22.7 \pm 5.7$ ; Zenúes:  $14.7 \pm 2.5$ ). Las primeras, tienen síntomas más severos que las Zenúes en los dominios somáticos ( $8.8 \pm 2.3$  vs  $5.3 \pm 1.8$ ,  $p < 0.001$ ) y psicológicos ( $7.8 \pm 2.4$  vs  $3.2 \pm 1.7$ ,  $p < 0.001$ ), pero ambos grupos tienen una similar y fuerte sintomatología urogenital ( $6.1 \pm 1.6$  vs.  $6.2 \pm 1.4$ ,  $p > 0.05$ ). Las molestias urogenitales, aparecen precozmente en ambos grupos étnicos indígenas y comprometen de forma severa a más del 90% de las mujeres que están en el rango de los 45 - 49 años de edad, magnitud muy superior a la descrita en otros lugares del mundo, y mucho más alta que la obtenida en poblaciones colombianas afro descendientes y mestizas o hispánicas cartageneras urbanas. **Conclusión:** Las mujeres indígenas en posmenopausia de las dos poblaciones estudiadas tienen una prevalencia alta de síntomas precoces relacionados con la dimensión urogenital y manifiestan una presencia de problemas sexuales en igual magnitud. La prevalencia elevada de síntomas urogenitales y su severidad son los que impactan con mayor fuerza en la mala calidad de vida que se observa en las mujeres indígenas, la cual está más deteriorada que en otras etnias colombianas. Los hallazgos obtenidos en la población quechua solidifican los datos ya obtenidos de la población Zenú. Deben valorarse otras etnias amerindias colombianas y latinoamericanas, para globalizar aún más los resultados y puntualizar las diferencias que en términos de síntomas de menopausia, conlleva la etnia/raza.

**Palabras clave:** Menopausia. *Menopause Rating Scale*. Calidad de vida. Climaterio. Indígenas. Latinoamérica. Etnias. Razas.

## ABSTRACT

**Background:** Latin American women have more severe menopausal symptoms than women from other regions of the world. Women of Colombian indigenous groups have more impairment of the urogenital dimension than women of both African and mixed racial ancestry from urban area of Cartagena, and the increased prevalence of genitourinary symptoms impacts negatively on quality of life of postmenopausal indigenous women. **Objectives:** To compare two distant indigenous groups and establish whether the magnitude of the impairment of the urogenital dimension is similar or different. **Material and methods:** We included 573 postmenopausal women 40 to 59 years old, 285 of Zenú ethnicity from Colombia, population at the edge of the sea and 288 of Quechua ethnicity from Peru, residents in the Andes, more than 3000 meters above the sea level. Both groups of indigenous women, who were daughters of an indigenous father and mother, live in native communities. Instrument: Menopause Rating Scale (MRS), composed of eleven symptoms and divided into three sub-scales: somatic-vegetative, psychological and urogenital. **Results:** The total score of MRS scale reveals that both ethnic groups have a more severe climacteric symptoms than it has been described in European or Hispanic women (Quechua score:  $22.7 \pm 5.7$ ; Zenues:  $14.7 \pm 2.5$ ). Quechua women have more severe symptoms than Zenú ones in somatic ( $2.3$  vs  $5.3 \pm 8.8 \pm 1.8$ ,  $p < 0.001$ ) and psychological ( $2.4$  vs  $3.2 \pm 7.8 \pm 1.7$ ,  $p < 0.001$ ) domains, but both groups have similar strong urogenital symptoms ( $6.1 \pm 1.6$  vs.  $6.2 \pm 1.4$ , ns  $p > 0.05$ ). The urogenital discomfort appear early in both indigenous ethnic groups and they are severe in more than 90% of women who are in the range of 45-49 years of age, much higher magnitude than those reported in other parts of world, and much higher than that obtained in Colombian populations both afro-descendant and mixed racial ancestry from

urban area of Cartagena. **Conclusion:** Postmenopausal indigenous women of the two populations have a high prevalence of early symptoms related to urogenital dimension and show a presence of sexual problems in equal magnitude. The high prevalence of urogenital symptoms and their severity impact heavily on the poor quality of life observed in indigenous women, which is more deteriorated than in other ethnic groups in Colombia. The findings obtained in the Quechua population solidify the data already obtained from the Zenú population. Other Amerindian ethnic groups from Colombia and Latin America should be evaluated to further globalize the results and point out the differences in terms of symptoms of menopause led by race / ethnicity.

**Key words:** Menopause. Menopause Rating Scale. Quality of life. Climacteric. Indigenous. Latin America. Ethnicities. Races.

## INTRODUCCIÓN

Varios estudios (1, 2, 3, 4) han puntualizado que la etnia/raza es un factor que puede influir notoriamente en la presencia de sintomatología climatérica, sobre todo severa, la cual no es por igual en todas las poblaciones del mundo. La población actual de mujeres de América Latina es una mezcla de distintas de razas. El mestizaje ha llevado en el subcontinente americano a la génesis de una población heterogénea que globalmente es llamada mestiza y que tal vez sería mejor puntualizar como hispánica o latinoamericana. No obstante, posiblemente por razones culturales y facilitadas por la complejidad geográfica, persisten asentamientos bien definidos de grupos grandes de indígenas, a todo lo largo del continente e incluso la presencia de varios resguardos indígenas bien circunscritos que están protegidos por acciones y leyes gubernamentales como sucede en Colombia. La presencia de características amerindias está

fuertemente presente en habitantes de grandes y numerosas ciudades andinas. En algunos países como Bolivia, dos de cada tres habitantes es indígena, en otros en cambio, como Brasil, 0.4% de la población es indígena nativa (5).

Las mujeres latinoamericanas presentan deterioro de la calidad de vida y sintomatología relacionada con la menopausia más intensa que las mujeres de Asia, Norteamérica y Europa, cuando son evaluadas con la escala de calidad de vida, denominada Menopause Rating Scale [MRS], de acuerdo a una valoración realizada por la Red Latinoamericana para la Investigación del Climaterio [REDLINC], y realizada en más de ocho mil mujeres de dieciocho ciudades de Latinoamérica (6).

Los síntomas urogenitales también son más intensos en las mujeres latinoamericanas que en las mujeres del resto del mundo. En un estudio sobre disfunción sexual en mujeres climatéricas realizado en doce países de Latinoamérica, por la misma Red y aplicando el Índice de Función Sexual Femenino [IFFS] (7), se encontró que la mala lubricación vaginal era el principal factor de riesgo de disfunción sexual femenina. Los grupos poblaciones que presentaban la peor lubricación vaginal eran los que residían en las ciudades conformadas étnicamente por un gran substrato indígena, como Quito (Ecuador), Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) y Cochabamba (Bolivia). Los datos soportan el concepto que el gran deterioro de la dimensión urogenital está dado básicamente por la poca lubricación vaginal, lo cual llevaría a la elevada prevalencia de disfunción sexual femenina.

Schnatz (8) en Estados Unidos ha comparado la presencia de síntomas menopáusicos entre mujeres caucásicas e hispánicas, y señala que éstas últimas presentan síntomas severos con una elevada pérdida en la calidad de vida. Señala que factores sociales y económicos deben ser conside-

rados, así como la etnia/raza, y esta última puede ser una variable importante para la presencia y severidad de la sintomatología menopáusica.

Monterrosa (9) realizó una valoración en mujeres de tres etnias colombianas diferentes observó que mujeres hispánicas de Cartagena, Colombia, que estaban ya en post menopausia tenían menor compromiso de la calidad de vida que mujeres indígenas y afro descendientes, también del Caribe Colombiano. En ese mismo estudio se señala que las mujeres negras postmenopáusicas presentan más severidad de síntomas psicológicos y somáticos, mientras las mujeres indígenas presentan más sintomatología urogenital. Los mismo autores (10) señalan la hipótesis, que la mayor severidad de la sintomatología climatérica observada en mujeres post menopáusicas, naturales de poblaciones con un alto componente étnico indígena en Latinoamérica, podría deberse a una característica propia de la población amerindia, la cual experimentaría un temprano y más severo deterioro de la dimensión urogenital con severa pérdida de la calidad de vida e impacto negativo en la salud sexual.

El objetivo es comparar la presencia de molestias urogenitales en mujeres en post menopausia de dos poblaciones indígenas latinoamericanas diferentes, para precisar si una población distante tiene el mismo deterioro y la misma severidad en la dimensión urogenital, que el observado en una población colombiana.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En noviembre del 2006 se inició el Estudio Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC), estudio transversal que crea una base de datos que involucra mujeres colombianas sanas, entre 40 y 59 años de edad de diferentes comunidades de Colombia, agrupadas por etnias/

razas y proyectado a desarrollarse hasta el año 2017. Los datos son tomados en sus residencias.

El presente es un estudio analítico de modalidad cross-sectional, en el cual se enrolaron mujeres indígenas de dos etnias diferentes, de dos países distintos de Latinoamérica entre 40 y 59 años de edad.

### Participantes

Los criterios de inclusión fueron que las mujeres estuvieran en período post menopáusico, especificado por amenorrea superior a un año (11); y, que poseyeran además, una salud normal, definida según el National Center for Health Statistics como aquella compatible con las actividades rutinarias de la encuestada (12). Se excluyeron las mujeres con déficit mental que les impidiera comprender el cuestionario y las que presentaban padecimientos psíquicos o físicos que les dificultaran el desarrollo de la entrevista.

En el año 2009, un grupo de encuestadoras realizó una visita puerta a puerta en poblaciones, caseríos, o viviendas rurales aisladas, donde residieran personas de las etnias indígenas a estudiar, buscando mujeres que cumplieran los criterios de inclusión. Estas encuestadoras era a su vez profesionales de la salud, entrenadas previamente y pertenecientes a las mismas comunidades indígenas a estudiar. Las encuestas se realizaron los domingos, día en que las mujeres no realizan labores agrícolas y/o de otra índole, reuniéndose en sus poblados nativos. Con las mujeres identificadas se concertó una visita, donde se explicó ampliamente el cuestionario y seguidamente se les interrogó si habían comprendido adecuadamente la actividad a realizar. De ser así, se les aplicaba la escala de calidad de vida seleccionada para la valoración. Se estudiaron dos etnias indígenas latinoamericanas: Zenúes, de la Costa Atlántica de Colombia y Quechuas de los Andes Peruanos.

Existen limitaciones para tener datos precisos demográficos sobre el tamaño poblacional de ambas etnias indígenas, por las razones documentales. Se consideró que aproximadamente cada etnia podía tener, en las poblaciones seleccionadas 4000 individuos, de estrato socio-económico bajo, y se estimó que 320 mujeres pudiesen estar entre los 40 – 59 años de edad, calculándose un tamaño de la muestra de 175 participantes, para detectar un 50% de prevalencia de síntomas menopáusicos con un 95% de intervalo de confianza y un 5% de error.

**Zenúes (Colombianas).** Se estudiaron indígenas de la etnia Zenú, mujeres indígenas hijas de padre y madre indígenas de la misma población y pertenecientes al resguardo indígena de San Andrés de Sotavento, creado por la Corona española en 1773 en el Departamento de Córdoba, norte de Colombia. Las indígenas involucradas son naturales y residentes en los poblados rurales de Vidales, Patio bonito, Cruz del Guayabo y Carretal, pertenecientes al municipio de Tuchín, localidades situadas prácticamente a nivel del mar. Las poblaciones son asentamientos ancestrales de indígenas nativos, sin mezclas con otras razas y de estrato socioeconómico bajo. Subsisten de la agricultura básica y en gran medida de las artesanías de tejidos y cestería, manualidades que son ampliamente reconocidas en Colombia, uno de sus productos el sombrero “*vueltiao*” es emblema colombiano. Se encuestaron 295 mujeres, diez no quisieron o no pudieron responder la encuesta. Casi todas las mujeres hablaban castellano, evidenciándose la penetración cultural que sufrieron los indígenas de las planicies del norte colombiano, situación geográfica que permitió una mayor dominación cultural durante la colonización hispana, la cual aunque les mantuvo la propiedad de algunas tierras, sus costumbres e incluso sus gobiernos locales, hizo desaparecer las lenguas nativas.

**Quechuas (Peruanas).** Se encuestaron mujeres en las comunidades indígenas de Anca-

huasi, Pitumarca, Espinar, Yaurisqui, Mollepata y Tinta, poblados ubicados en los andes peruanos a alturas de 3.000 a 4.000 metros sobre el nivel del mar. Estas comunidades tienen algunos cientos de pobladores y viven aisladamente en situaciones de extrema pobreza, practicando agricultura y ganadería de subsistencia. Se entrevistaron 291 mujeres, negándose tres a contestar la encuesta por falta de tiempo para realizarla. Prácticamente todas las mujeres quechuas hablan su idioma ancestral, tal vez la dificultad de aclimatación a las grandes altitudes de los andes mantuvieron alejado a los españoles colonizadores, de estas comunidades quechuas.

**Menopause Rating Scale.** El estudio fue realizado con una escala de calidad de vida, diseñada específicamente para mujeres en menopausia, denominada Menopause Rating Scale [MRS], instrumento de origen alemán, con numerosas publicaciones en la literatura universal y ampliamente validado (13). La escala está compuesta por once preguntas que corresponden a once síntomas y está dividida en tres sub-escalas o dimensiones: (A) somática-vegetativa: identificando sofocos, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones [ítems 1, 2, 3, 11, respectivamente]. (B) Psicológica: estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental [ítems 4, 5, 6, 7, respectivamente]. (C) Urogenital: problemas sexuales, de vejiga y sequedad de la vagina [ítems 8, 9, 10, respectivamente]. Cada uno de los 11 ítems es calificado como: 0 [ausentes], 1 [leves], 2 [moderados], 3 [severos] y 4 [muy severos], pudiendo establecerse la media y su desviación estándar obtenida por una población para cada uno de los ítems. La sumatoria de las medias de los ítems definidos establecen la puntuación media de cada una de las tres dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las dimensiones establecen el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de

vida en general y de cada una de las dimensiones y de cada uno de los síntomas. Este instrumento define como compromiso severo de la calidad de vida si el dominio somato-vegetativo tiene un puntaje superior a 8, el psicológico a 6, el urogenital a 3 y si la puntuación total de la escala es superior a 16 puntos (14). Esta escala ha sido validada al castellano y utilizada en diversos países de Latinoamérica (6, 15, 16, 17, 18, 19). No se conoce existencia de escala validada a dialecto quechua. Se realizó una traducción de la escala en español a dicho dialecto por uno de los investigadores que conoce adecuadamente las dos lenguas. La Escala MRS, fue auto aplicada, en concordancia con los criterios de los proponentes originales.

En relación a las características generales de la población se consultaron: edad, años de estudio, idioma hablado, estado civil, años de postmenopausia, paridad, uso de terapia hormonal de reemplazo, consumo de tabaco. Se solicitó el consentimiento informado previo a la aplicación de la encuesta, de acuerdo a la declaración de Helsinki (20).

### **Análisis Estadístico**

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Epi-Info 3.5.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EEUU; 2008). Los datos continuos se expresan en medias con desviación estándar y los datos categóricos en porcentajes con sus intervalos de confianza. Las diferencias fueron evaluadas con ANOVA o Test de Student and Mann-Witney, según homogeneidad de la varianza. Los porcentajes de diferencia fueron evaluados usando el  $\chi^2$ . Un valor de  $P < 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo.

## **RESULTADOS**

Se estudiaron 573 mujeres postmenopáusicas, 285 colombianas (Zenúes) y 288 peruanas (Que-

chuas). La edad promedio de la menopausia de las indígenas colombianas involucradas fue 46.9 y de las peruanas 45.5 años de edad. Como muestra la Tabla No. 1, la edad promedio de estas mujeres es similar ( $52.0 \pm 3.5$  años y  $51.8 \pm 3.3$  años de edad, respectivamente), pero el número de años en post menopausia es ligeramente superior en las mujeres Quechuas ( $6.3 \pm 3.0$  frente a  $5.1 \pm 2.8$  años;  $p < 0.001$ ). A su vez, estas últimas, comparadas con las Zenúes tenían mayor número de hijos nacidos vivos ( $5.5 \pm 1.9$  frente a  $4.2 \pm 2.0$ ;  $p < 0.001$ ), mayor porcentaje de parejas sexuales (83.3% ante 55.7%,  $p < 0.001$ ) y más años de estudio ( $3.4 \pm 1.8$  vs.  $2.4 \pm 2.0$ ). El porcentaje de mujeres usuarias de terapia hormonal y con el hábito de fumar era muy bajo en ambos grupos indígenas, sin diferencia entre ellos. Prácticamente, ninguna de las mujeres quechuas hablaba español, mientras que ese era el idioma de todas las zenúes.

En la Tabla No. 2 se observa que las mujeres quechuas tienen un mayor deterioro de su calidad de vida que las zenúes, lo cual está determinado por la mayor presencia de sintomatología climática. El puntaje total obtenido con Menopause Rating Score fue significativamente más alto en las indígenas quechuas,  $22.7 \pm 5.7$ , mientras que en las indígenas zenúes fue  $14.7 \pm 2.5$ ,  $p < 0.001$ . Al observar cada uno de los ítems de la escala Menopause Rating Scale, se observa que sólo los bochornos y los problemas sexuales tienen un puntaje similar, pero que en todos los otros ítems las mujeres quechuas tienen una puntuación mayor y por tanto síntomas climatéricos más intensos. Las mayores diferencias de puntajes se aprecian en los síntomas psicológicos,  $7.8 \pm 2.4$  frente a  $3.2 \pm 1.7$ , destacando en este grupo de molestias el estado de ánimo depresivo, que en las mujeres quechuas alcanza un puntaje casi cinco veces mayor que las indígenas zenúes,  $1.9 \pm 0.8$  frente a  $0.4 \pm 0.7$ ,  $p < 0.001$ . La diferencia de síntomas climatéricos entre los dos grupos indígenas es algo menor en

**Tabla No. 1.**  
Características epidemiológicas de las indígenas postmenopáusicas zenúes (Colombia) y quechuas (Perú)

	Zenúes	Quechuas	p
Número de mujeres	285	288	
Edad promedio	52.0 ± 3.5	51.8 ± 3.3	ns
Años promedio de estudios	2.4 ± 2.0	3.4 ± 1.8	0.001
Nº mujeres que habla español (%)	283 (99.3%)	1 (0.3%)	0.001
Nº mujeres con pareja	278 (55.7%)	240 (83.3%)	0.001
Paridad promedio	4.2 ± 2.0	5.5 ± 1.9	0.001
Años postmenopausia	5.1 ± 2.8	6.3 ± 3.0	0.001
Nº usuarias Terapia Hormonal (%)	6 (2.1%)	4 (1.4%)	ns
Nº Fumadoras actuales (%)	13 (4.6%)	12 (4.2%)	ns

**Tabla No. 2.**  
Puntaje promedio de los diferentes síntomas de la escala mrs en indígenas postmenopáusicas zenúes y quechuas

Calidad de vida	Zenúes (n:285) media ± DE	Quechuas (n:288) media ± DE	(*) p<
<b>Dominio Somático</b>			
Sofocos, sudoración	1.9 ± 0.4	2.0 ± 0.7	ns
Molestias cardiacas	0.6 ± 0.7	1.7 ± 0.7	0.0001
Trastornos del sueño	0.5 ± 0.7	2.3 ± 0.7	0.0001
Molestias musculares/articulares	2.3 ± 1.4	2.8 ± 0.6	0.0001(**)
<i>Total Dominio Somático</i>	5.3 ± 1.8	8.8 ± 2.3	0.0001(**)
<b>Dominio Psicológico</b>			
Estados de ánimo depresivo	0.4 ± 0.7	1.9 ± 0.8	0.0001
Irritabilidad	1.0 ± 0.6	1.7 ± 0.7	0.0001(**)
Ansiedad	0.6 ± 0.8	1.7 ± 0.7	0.0001
Cansancio físico y mental	1.3 ± 0.8	2.5 ± 0.6	0.0001(**)
<i>Total Dominio Psicológico</i>	3.2 ± 1.7	7.8 ± 2.4	0.0001(**)
<b>Dominio Urogenital</b>			
Problemas sexuales	1.8 ± 0.6	1.8 ± 0.6	ns
Problemas de vejiga (incontinencia)	2.7 ± 0.7	2.4 ± 0.7	0.0001
Sequedad vaginal	1.7 ± 0.7	1.9 ± 0.7	0.0001
<i>Total Dominio Urogenital</i>	6.2 ± 1.4	6.1 ± 1.6	ns
<b>Puntaje Total</b>	<b>14.7 ± 2.5</b>	<b>22.7 ± 5.7</b>	0.0001(**)

(\*) T Student, (\*\*) Mann-Whitney

el dominio de síntomas somáticos,  $8.8 \pm 2.3$  frente a  $5.3 \pm 1.8$ ,  $p < 0.001$ , dado principalmente por una mayor prevalencia de trastornos del sueño en las mujeres andinas,  $2.3 \pm 0.7$ , que en las indígenas colombianas estudiadas,  $0.5 \pm 0.7$ ,  $p < 0.001$ . No existen diferencias en lo relacionado a la sintomatología urogenital, donde los síntomas son intensos y equivalentes en ambos grupos, peruanas  $6.1 \pm 1.6$  y colombianas  $6.2 \pm 1.4$ , sin diferencias estadísticas.

La Tabla No. 3 presenta el porcentaje de mujeres indígenas de cada comunidad que presentaba síntomas severos, y se observa que el 84.0% de las mujeres post menopáusicas quechuas presentaban

síntomas climatéricos severos, comparado con 21.4% de las mujeres zenúes, indicando un mayor deterioro de la calidad de vida entre las mujeres peruanas que entre las colombianas. Esta diferencia está dada por la mayor prevalencia de mujeres quechuas con síntomas severos en los dominios psicológico (64.6% frente a 6.0,  $p < 0.0001$ ) y somático (55.3% frente a 2.8%). En lo referente a los síntomas del dominio urogenital casi la totalidad de las indígenas de ambas etnias manifestaron tener síntomas severos, observándose por tanto una elevada presencia de manifestaciones urogenitales severas, y por igual una alteración urogenital de ambas poblaciones, quechuas 95.1% y zenúes 92.3%, sin diferencias estadísticas importantes.

**Tabla No. 3.**

Porcentaje de indígenas postmenopáusicas con síntomas climatéricos severos agrupados por dominios.

Dominios	Porcentaje de indígenas con síntomas severos (IC 95%)		
	Zenúes	Quechuas	p (x <sup>2</sup> )
Somático	2.8 (1.2-5.5)	55.3 (47.5-59.3)	0.001
Psicológico	6.0 (3.5-9.4)	64.6 (58.8-70.1)	0.001
Urogenital	92.3 (88.5-95.1)	95.1 (92.0-97.3)	ns
Total	21.4 (16.8-26.6)	84.0 (79.3-88.1)	0.001

La Tabla No. 4 presenta el porcentaje de mujeres con mala calidad de vida, con presencia de síntomas severos, distribuidas según etnias y según grupos etáreos. El poseer puntuación total superior a 16, aumenta significativamente con el paso de la edad, en las mujeres quechuas, mientras que en las zenúes se observa una tendencia no significativa a mantenerse o disminuirse la severidad de la sintomatología climatérica con la edad. Esta diferencia entre las dos poblaciones está siendo impactada por las dimensiones somático-vegetativas y psicológica como consecuencia de una alta prevalencia de mujeres con severos síntomas climatéricos severos de tipo somático a la edad 45 a 49 años entre la quechuas comparadas con las zenúes, 29.6%

frente a 1.3,  $p < 0.001$  y de síntomas psicológicos, 39.5% frente a 6.5%,  $p < 0.001$ . En las postmenopáusicas jóvenes, menores a 49 años de edad, ya existe un gran deterioro somato vegetativo de las quechuas y es mucho mayor que en las zenúes e igual sucede con los síntomas psicológicos. Las diferencias continúan siendo manifiestas en todos los grupos de edades. Los síntomas severos en estos dos dominios llegan a afectar a más del 70% de las mujeres quechuas en el grupo etáreo de 55 a 59 años de edad, mientras que en las zenúes estas cifras llegan a alrededor de sólo 5%. En lo referente al deterioro de la dimensión urogenital o presencia de síntomas urogenitales severos, se observa que estos están señalados desde edades tempranas de

**Tabla No. 4.**  
Porcentaje de indígenas postmenopáusicas con síntomas climatéricos severos agrupados por dominio y por rango de edades.

Rangos de Edades	Porcentaje de indígenas con síntomas severos							
	Síntomas somáticos		Síntomas psicológico		Síntomas urogenitales		Puntaje total	
	Zenúes	Quechuas	Zenúes	Quechuas	Zenúes	Quechuas	Zenúes	Quechuas
45-49	1.3	29.6	6.5	39.5	90.9	90.1	26.0	69.1
50-54	2.9	58.8	5.8	66.2	91.2	95.9	22.6	85.8
55-59	4.2	72.9	5.6	94.2	95.8	100.0	14.1	100.0
p (X <sup>2</sup> )	ns	0.001	ns	0.001	ns	0.02	ns	0.001

post menopausia (menores de 49 años de edad) y están presentes en más del 90% de las mujeres de ambas etnias. La presencia de síntomas urogenitales severos afecta a prácticamente todas las mujeres indígenas de ambas etnias, cuyas edades están entre 55 y 59 años.

## Discusión

En ambos grupos indígenas involucrados, la menopausia se presentó en promedio entre los 46 y 47 años de edad, edad francamente menor que la comunicada en investigaciones que estudian a mujeres de países desarrollados, en los cuales se presenta la menopausia natural entre 40 y 58 años con una media aproximada de 51.4 años (21). Incluso, en indígenas de otras partes del mundo la edad de menopausia está alrededor de los 50 años (22). La población estudiada, conformada por mujeres con edad promedio de 52 años, ya llevaba en promedio 5 a 6 años en estado de post menopausia. Estos nuevos datos avalan el concepto de que las indígenas latinoamericanas tienen la edad de la menopausia muchos antes que otras poblaciones del mundo. En un estudio realizado en mujeres Mayas de Chichimila, México, la edad media de menopausia encontrada fue de 44.3 años

(23) y en indígenas Movima de Bolivia fue de 42.3 años (24). Con los datos presentados en las dos poblaciones indígenas involucradas, se observa una edad de menopausia temprana, sin importar la diferencia en su residencia con respecto al nivel del mar, la población colombiana es residente a nivel del mar, mientras que la peruana está sobre los 3000 metros. Se ha señalado que la menopausia a edades más tempranas, observada en indígenas de los andes latinoamericanos, pudiese relacionarse con la altura sobre el nivel del mar, no obstante aquí se presentan datos que muestran que incluso indígenas a nivel del mar también tienen menopausia más temprana.

Ya que es menor la edad de menopausia entre indígenas latinoamericanas, y considerando que es importante su presencia dentro del mestizaje en este subcontinente, es concordante esperar una amplia variabilidad en la edad de menopausia entre diferentes poblaciones, ello es observado en los resultados de un trabajo multicéntrico, donde el presente grupo ha participado (25), estudiando mujeres de 47 ciudades en quince países de Latinoamérica que encontró que la edad media de menopausia fluctuaba desde 43.8 años en Asunción, Paraguay, en una población de mujeres con

presencia de importante componente indígena hasta 53.0 años en Cartagena de Indias, Colombia, donde se involucró una población en su mayoría afro descendiente, habiéndose establecido la mediana de edad de menopausia para Latinoamérica de 48.6 años, cifra inferior en tres años a la encontrada en países desarrollados.

Al analizar los puntajes promedios de cada síntoma de la escala Menopause Rating Scale, se observa que las mujeres quechuas tienen más sintomatología que las zenúes en los once síntomas que evalúa esta escala, excepto en síntomas vasomotores y trastornos de la sexualidad en que los puntajes son prácticamente iguales. Estas diferencias se expresan muy gráficamente al evaluar el porcentaje de mujeres que tienen síntomas severos agrupados por dominios; alrededor del 60% de las mujeres quechuas tienen trastornos severos de la calidad de vida originada en síntomas somáticos o psicológicos, mientras que este porcentaje es del 5% en las mujeres zenúes. A su vez, ambos grupos presentan un similar e intenso compromiso de la sintomatología urogenital, presentándose en más del 90% de sus integrantes. La presencia real de un mayor compromiso urogenital entre las mujeres de las etnias indígenas latinoamericanas, podría explicar los resultados obtenidos en un estudio multiétnico realizado en siete sitios diferentes de los Estados Unidos con 16.065 mujeres de 40 - 55 años de edad, donde encontraron que las mujeres hispánicas, que en general se acepta que tienen un componente significativo de genes amerindios, presentan con más frecuencia incontinencia urinaria y sequedad vaginal que las mujeres pertenecientes a las etnias caucásicas, chinas, japonesas y afroamericanas (26). Igualmente el estudio WHI, estudiando a casi 100.000 mujeres norteamericanas, encontró una elevada prevalencia de síntomas urogenitales entre las mujeres que tenían origen hispánico. También confirmó la más alta prevalencia de sintomatología menopáusica

entre las mujeres norteamericanas de este origen étnico (27).

Interesantemente, no todas las indígenas del continente americano tienen igual severidad de la sintomatología climatérica. Webster (28) señaló que las mujeres aborígenes naturales del Canadá, experimentan menores síntomas vasomotores que otras mujeres norteamericanas. Martin (23) señala que en un estudio realizado a mujeres post menopáusicas Mayas de México, que ninguna admitió presentar oleadas de calor y no manifestaron síntomas menopáusicos significativos, sin embargo con esa misma etnia, otro estudio (29) realizado en Guatemala, reveló que la mayoría de las indígenas presentaban síntomas menopáusicos, atenuando la importancia del factor étnico en la severidad de sintomatología climatérica. Se ha pensado que la ingesta de hierbas u otras medicinas alternativas pudieran modular la severidad de estos síntomas; sin embargo, no se ha podido demostrar la utilidad de estas terapias. Dentro del estudio SWAN, se estudió el uso de 21 tipos de medicinas alternativas o complementarias en 5 etnias diferentes, encontrando que su uso varía entre los diferentes grupos étnicos de mujeres y no se relaciona con los síntomas o con la menopausia, sino con factores sociales y demográficos (30). Todas estas observaciones orientan a señalar que la sintomatología climatérica es el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos y socioculturales que pueden variar ampliamente en las diferentes poblaciones o comunidades.

Otra diferencia encontrada en este estudio entre los dos grupos aborígenes estudiados, es que las mujeres quechuas a medida que aumentan de edad tienen más sintomatología climatérica en los dominios somático y psicológico, cosa que no se observa en las zenúes, en las cuales la sintomatología de estos dominios se mantiene baja aunque aumente la edad.

Monterrosa (18) ha mostrado que mujeres negras del Caribe de Colombia, después de controlar factores de confusión, tienen mayor riesgo de presentar síntomas climatéricos intensos que las hispánicas, apuntando que la etnicidad "per se" es un importante factor de riesgo para el deterioro de la calidad de vida. También ha señalado (31) que las mujeres indígenas, al menos la etnia zenúes, tienen la peor calidad de vida entre tres grupos étnicos, que involucran además a hispánicas y afro descendientes. En las indígenas ejerce gran influencia para esos resultados adversos en calidad de vida, el severo y temprano deterioro de la dimensión urogenital, con presencia de manifestaciones genitourinarias que son significativamente más prevalentes. Las indígenas colombianas de la etnia zenúes tienen más problemas sexuales, problemas de vejiga (incontinencia) y sequedad vaginal, que las afro descendientes del Caribe colombiano y que mujeres cartageneras (9).

Con los datos presentados, se identifica al parecer por primera vez, la similitud de los resultados entre dos poblaciones indígenas distantes, en lo que tiene que ver con la magnitud de los síntomas urogenitales. Las cifras observadas entre mujeres post menopáusicas quechuas, solidifican los datos encontrados en mujeres post menopáusicas zenúes (10), y pudiese ser éste el punto de partida para la hipótesis que las indígenas latinoamericanas puedan por alguna razón no bien definida aún, tal vez genética y con un componente cultural o social, tener una predisposición a presentar cambios urogenitales precoces y severos, que conllevan a modificaciones en la fisiología vaginal, que a su vez se expresa con sintomatología, lo cual impacta negativamente la salud sexual y la calidad de vida.

Los hallazgos de estos estudios (9,10,18) realizados en poblaciones colombianas también puede ser el punto inicial para generar conciencia

gubernamental de la necesidad de implementar programas tempranos de atención en promoción y prevención a las mujeres en etapa de climaterio y menopausia, teniendo presente las etnias a las cuales pertenecen. Ya el estudio CAVIMEC ha puntualizado que las manifestaciones músculo articulares, y no las oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mujeres climatéricas del Caribe colombiano (32). Mientras las afro descendientes colombianas del Caribe, durante todo el climaterio tienen una mayor presencia de molestias musculares y articulares (33), las indígenas en post menopausia tienen una mayor presencia de síntomas urogenitales severos, que comprometen al 90% de las mujeres que están por debajo de los 50 años de edad y son una queja de la totalidad de las mujeres cuya edad está en el rango de 55 - 59 años. Ello es una importante anotación para identificar la afectación de la calidad de vida y deducir una elevada presencia de disfunción sexual femenina, que amerita le puesta en práctica de acciones de tratamiento. Síntomas urogenitales severos tenían el 95% de las indígenas quechuas y 92.3% de las indígenas zenúes en post menopausia, mientras que existen datos que señalan la presencia de síntomas urogenitales severos en el 8.8% de mujeres asiáticas, en el 25% de las mujeres europeas y en el 31% de las mujeres de Latinoamérica, aunque debe anotarse que en estos últimos datos poblacionales están incluidas mujeres en todas las etapas del climaterio (14).

No hay datos específicos con respecto a aspectos nutricionales y el comportamiento del cese menstrual en poblaciones indígenas, aunque es conocido que estados carenciales y el bajo peso pueden producir impacto desfavorable en la presencia del ciclo menstrual. El estudio tiene como limitantes las inherentes a los estudios transversales, además por la forma de involucrar a las mujeres puede existir la posibilidad de sesgo de selección y existir la duda si las mujeres involucradas son real-

mente representativas de las mujeres en climaterio de sus respectivas etnias.

A la luz de estos resultados podríamos concluir planteando la hipótesis que la mayor sintomatología climatérica, sobre todo urogenital, que presentan las latinoamericanas, podría deberse a su componente genético amerindio. El dominio sintomático más afectado es el urogenital, y esta característica es tanto de la etnia quechua como de la zenúes. Nuevas etnias colombianas van a ser estudiadas al interior del estudio CAVIMEC, para solidificar los datos y las conclusiones, y precisar si diferentes etnias indígenas colombianas, así como algunas latinoamericanas, tienen iguales manifestaciones y afectaciones.

## AGRADECIMIENTOS

A los Asesores Internacionales del Grupo de Investigación Salud de la Mujer: Doctor Juan Enrique Blumel, profesor del Departamento de Medicina Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, y del Hospital Barrios Luco -Trudeau, Santiago, Chile. Y al Doctor Peter Chedraui, profesor del Instituto de Biomedicina, de La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Especial agradecimiento a las encuestadoras que llegando a las comunidades indígenas involucradas, aplicaron correctamente los formularios.

## FINANCIACIÓN

Parte del presente estudio y parte del Proyecto de Investigación: Calidad de Vida en La Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC), es realizado con aportes económicos, obtenidos dentro de las convocatorias de proyectos de investigación, realizadas por La Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena. Colombia.

## REFERENCIAS

1. Appling S, Paez K, Allen J. Ethnicity and vasomotor symptoms in postmenopausal women. *J Womens Health (Larchmt)* 2007; 16: 1130-1138.
2. Sievert LL, Morrison L, Brown DE, Reza AM. Vasomotor symptoms among Japanese-American and European-American women living in Hilo, Hawaii. *Menopause* 2007; 14: 261-269
3. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric* 2007; 10: 197-214
4. Dennerstein L, Lehert P, Koochaki PE, Graziottin A, Leiblum S, Alexander JL. A symptomatic approach to understanding women's health experiences: a cross-cultural comparison of women aged 20 to 70 years. *Menopause* 2007; 14: 688-96.
5. Del Popolo F, Oyarce AM. Población indígena de América Latina: perfil socio demográfico. En el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de las Metas del Milenio. En *Pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. 2005. Ediciones CEPAL.
6. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Danckers L, Espinoza MT, Flores D, Gomez G, Hernandez-Bueno JA, Izaguirre H, Leon-Leon P, Lima S, Mezones-Holguin E, Monterrosa A, Mostajo D, Navarro D, Ojeda E, Onatra W, Royer M, Soto E, Tserotas K. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008; 61(4):323-329.
7. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al; for the Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*. 2009;16(6): 1139 -1148.
8. Schnatz PF, Serra J, O'Sullivan DM, Sorosky JI. Menopausal symptoms in Hispanic women and the role of socioeconomic factors. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61: 187-93.
9. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Calidad de Vida de Mujeres en Postmenopausia. Valoración con Menopause Rating Scale, de tres etnias colombianas diferentes. *Med-Unab*. 2009; 12: 80 - 85.
10. Ojeda E, Monterrosa A, Blumel JE, Escobar-Lopez J, Chedraui P. Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric* 2010. [Epub ahead of print].

11. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Climacteric* 2001; 4: 267-272
12. Brett KM, Chong Y. Hormone Replacement Therapy: Knowledge and Use in the States Unites. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; 2001.
13. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Qual Life Outcomes* 2004; 2:45 - 52.
14. [http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Int\\_MeanSD.pdf](http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Int_MeanSD.pdf) (7/8/2009).
15. Aedo S, Porcile A, Iribarra C. Calidad de Vida Relacionada con el Clímax en una Población Chilena de Mujeres Saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71: 402 – 409.
16. Del Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. Assessment of quality of life using the Menopause Rating Scale in women aged 40 to 59 years. *Rev Med Chil* 2008; 136: 1511 - 1517.
17. Aedo S, Schiattino I, Cavada G, Porcile A. Quality of life in climacteric Chilean women treated with low-dose estrogen. *Maturitas* 2008; 61: 248-251.
18. 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.
19. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2007; 57: 271 - 278.
20. World Medical Association. Declaration of Helsinki. *Journal of the American Medical Association*. 1997; 277, 925 – 926.
21. North American Menopause Society. Menopause core curriculum study guide. (2002) Cleveland, OH: North American Menopause Society.
22. Syed Alwi SA, Lee PY, Awi I, Mallik PS, Md Haizal MN. The menopausal experience among indigenous women of Sarawak, Malaysia. *Climacteric*. 2009; 12(6): 548 – 556.
23. Martin MC, Block JE, Sanchez SD, Arnaud CD, Beyene Y. Menopause without symptoms: the endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(6 Pt 1):1839 -1843.
24. Castelo-Branco C, Palacios S, Mostajo D, Tobar C, von Helde S. Menopausal transition in Movima women, a Bolivian Native-American. *Maturitas* 2005; 51: 380 - 385.
25. Blumel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006; 13: 706 - 712
26. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, Salamone L, Stellato R. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 463 – 473.
27. Pastore LM, Carter RA, Hulka BS, Wells E. Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *Maturitas* 2004; 49: 292 – 303.
28. Webster RW. Aboriginal women and menopause. *J Obstet Gynaecol Can*; 24: 938 - 940.
29. Stewart DE. Menopause in highland Guatemala Mayan women. *Maturitas* 2003; 44: 293 - 297.
30. Gold EB, Bair Y, Zhang G, Utts J, Greendale GA, Upchurch D, Chyu L, Sternfeld B, Adler S. Cross-sectional analysis of specific complementary and alternative medicine (CAM) use by racial/ethnic group and menopausal status: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 2007; 14: 612 - 623.
31. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P, Gomez B, Valdez C. Quality of life impairment among postmenopausal women varies according to race. *Gynecol Endocrinol*. 2009; 25 (8): 491 - 497.
32. Monterrosa A, Romero I, Paternina A. Manifestaciones músculo articulares, y no las oleadas de calor, es el síntoma más prevalente en mujeres climatéricas del Caribe colombiano. In-prensa.
33. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Frecuencia y severidad de síntomas menopáusicos en una población de mujeres afro descendientes colombianas. *Med-Unab*. 2008; 11: 113 - 119.