

La alteración en la calidad de vida entre mujeres posmenopáusicas varía de acuerdo a la raza

Recibido para publicación mayo 15 de 2009. Revisado y aceptado junio 18 de 2009.

ÁLVARO MONTERROSA*, JUAN E. BLUMEL**, PETER CHEDRAUI***, BELKIS GOMEZ* & CENILDA VALDEZ*

RESUMEN

Introducción. Pocos estudios han abordado el impacto de la severidad de los síntomas de la menopausia sobre la calidad de vida (QoL) en mujeres latinoamericanas con diferentes etnias.

Objetivo. Evaluar la severidad de los síntomas de la menopausia y la QoL en mujeres posmenopáusicas colombianas con tres orígenes étnicos diferentes.

Método. Fueron analizados datos de mujeres hispanas, indígenas y de raza negra con posmenopausia natural y edad de 40 a 59 años que participaron en un estudio de corte transversal completando la Escala de Puntuación de Menopausia (*Menopause Rating Scale – MRS*) y un cuestionario general.

Resultados. En total 579 mujeres fueron incluidas: 153 hispanas, 295 indígenas y 131 afrodescendientes. Las mujeres hispanas tuvieron una edad promedio de 55.3 ± 3.3 años. Las mujeres indígenas y negras fueron menos educadas que las hispanas (2.2 ± 1.8 y 4.6 ± 4.4 vs. 6.4 ± 3.5 años, $p < 0.001$). Las mujeres hispanas mostraron puntuaciones totales más bajas en la MRS (mejor QoL) respecto a las indígenas y a las negras. El puntaje urogenital fue peor entre las mujeres indígenas respecto a las hispanas y las negras. Las mujeres negras presentaron puntajes más altos en la MRS en las escalas psicológica y somática que las mujeres indígenas e hispanas. Después de ajustar para factores de confusión, las mujeres indígenas y blancas seguían demostrando tener un nivel mayor para QoL alterada, con un puntaje total de MRS > 16 (OR: 3.11, IC 95%: 1.30-7.44 y OR: 5.29, IC 95%: 2.52-11.10, respectivamente) que fue significativamente mayor en las mujeres indígenas debido a síntomas urogenitales (OR: 102.75, IC 95%: 38-275.47) y negras debido a los síntomas psicológicos (OR: 6.58, IC 95% 3.27-13.27) y somáticos (OR: 3.88, IC 95%: 1.83-8.22).

Conclusión. En esta serie de mujeres posmenopáusicas colombianas, los síntomas de la menopausia en mujeres indígenas (urogenitales) y negras (somáticos/psicológicos) son más severos (QoL alterada) comparadas con las hispanas.

Palabras clave: posmenopausia, calidad de vida, raza negra, indígena, hispana, escala de puntuación en menopausia.

ABSTRACT

Background. Few studies have addressed the impact of menopausal symptom severity over quality of life (QoL) in Latin American women with different ethnics.

* Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia,

** Departamento Medicina Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco-Trudeau, Santiago de Chile, Chile.

*** Instituto para la Salud de la Mujer, Guayaquil, Ecuador.

Objective. To assess menopausal symptom severity and the QoL among postmenopausal Colombian women with three different ethnicities.

Method. Data of healthy naturally occurring postmenopausal Hispanic, indigenous and black women aged 40-59 years who participated in a cross-sectional study filling out the Menopause Rating Scale (MRS) and a general questionnaire was analysed.

Results. A total of 579 women were included, 153 Hispanic, 295 indigenous and 131 Afro-descendent. Hispanic women had an average age of 55.3 ± 3.3 years. Indigenous and black women were less educated than the Hispanic ones (2.2 ± 1.8 and 4.6 ± 4.4 vs. 6.4 ± 3.5 years, $p < 0.0001$). Hispanic women displayed lower total MRS scores (better QoL) when compared to indigenous and black women. Urogenital scoring was worse among indigenous women compared to Hispanic and black women. Black women presented higher MRS psychological and somatic scorings than Hispanic and indigenous women. After adjusting for confounding factors, indigenous and black women continued to display a higher risk for impaired QoL, total MRS score 416 (OR: 3.11, 95% CI: 1.30-7.44 and OR: 5.29, 95% CI: 2.52-11.10, respectively), which was significantly higher among indigenous women due to urogenital symptoms (OR: 102.75, 95% CI: 38.33-275.47) and black women due to psychological (OR: 6.58, 95% CI: 3.27-13.27) and somatic symptoms (OR: 3.88, 95% CI: 1.83-8.22).

Conclusion. In this postmenopausal Colombian series, menopausal symptoms in indigenous (urogenital) and black (somatic/psychological) women were more severe (impaired QoL) when compared to Hispanic ones.

Key words: postmenopause, quality of life, black race, indigenous, hispanic, menopause rating scale.

Introducción

Los cambios biológicos que tienen lugar durante la transición de la menopausia¹, no solo la aparición de irregularidades menstruales, también incluyen una diversidad de manifestaciones como síntomas vasomotores, psicológicos y urogenitales que pueden afectar profundamente la calidad de vida (QoL) femenina². La intensidad de los síntomas se ha ligado a aspectos bio-psico-sociales que se pueden traducir en mejoría o alteración de la QoL^{3,4}. Efectivamente, se ha encontrado que la edad y el estado socio-cultural son factores de riesgo independientes para la severidad de los síntomas de la menopausia⁵.

El origen étnico es otro factor que afecta la prevalencia e intensidad de los síntomas del climaterio en diferentes poblaciones⁶⁻⁹. En un estudio previo habíamos reportado que las mujeres colombianas afro-descendientes de edad media exhibían síntomas de la menopausia más severos (psicológicos y somáticos) y por ende QoL alterada cuando son comparadas con las hispanas¹⁰.

Además de las etnias negras e hispanas, hay pequeños grupos de indígenas nativos viviendo en Colombia. Pocos estudios han abordado el impacto del climaterio sobre la QoL en mujeres indígenas nativas latinoamericanas. Por ende, el objetivo del presente estudio fue comparar la QoL y la severidad de los síntomas de la menopausia en mujeres posmenopáusicas colombianas de tres orígenes étnicos diferentes: hispanas, negras e indígenas.

Métodos

Diseño del estudio

Desde noviembre de 2006 hasta enero de 2007 un estudio de corte transversal conocido como REDLINC IV, conducido en 18 ciudades de 12 países latinoamericanos, buscó evaluar la QoL en mujeres de 40 a 59 años usando la Escala de Puntuación en Menopausia (MRS) y un cuestionario con datos personales¹¹. Usando la misma metodología, Colombia participó en REDLINC IV a través del estudio CAVIMEC (Calidad de vida en la menopausia y etnias co-

lombianas), encuestando a mujeres sanas de edad media de la Costa Caribe colombiana con tres orígenes étnicos diferentes. Aunque las mujeres indígenas y negras fueron exclusivas del estudio CAVIMEC, la muestra de las mujeres hispanas fue parte del estudio REDLINC IV¹¹. El presente estudio analiza específicamente los datos de aquellas mujeres que tuvieron una posmenopausia natural y que fueron extraídos de la base de datos de CAVIMEC.

Sujetos

Las participantes hispanas son un grupo heterogéneo que vive en áreas de bajos ingresos de los sectores urbanos de Cartagena, Colombia. Ellas no son negras ni blancas sino básicamente mestizas con otros componentes multiétnicos de la mayor mezcla racial ocurrida en los últimos 50 años como consecuencia de las numerosas y diversas migraciones. Por ende, la diversidad étnica no permite categorizar a estas mujeres como blancas o caucásicas.

Las mujeres indígenas participantes son miembros de la tribu Zenú (padre y madre indígenas). Este grupo está circunscrito al área indígena de San Andrés de Sotavento y viviendo en las áreas rurales de Vidales, Patio Bonito, Cruz del Guayabo y Carretal, que son parte del municipio de Tuchín en el departamento de Córdoba, Colombia. Estas poblaciones son indígenas nativos ancestralmente establecidos, que no se han mezclado con otras razas y con un transfondo socio-económico bajo.

Las participantes afrodescendientes (madre y padre negro) son residentes naturales del municipio de San Cayetano y áreas circunvecinas (municipio de San Juan Nepomuceno) en el departamento de Bolívar, Cartagena, Colombia. El municipio de San Cayetano es una pequeña villa parcialmente aislada que está poblada por cerca de 4000 individuos de bajos ingresos que son directos descendientes de los esclavos africanos que se establecieron en esta área durante los días de la colonia.

Encuesta

Visitas puerta a puerta (B.G, C.V) fueron llevadas a cabo en las comunidades buscando mujeres con los criterios de inclusión. Una vez

se identificaron las participantes, fueron informadas acerca del estudio, su propósito, la MRS y su contenido. Luego de consentir su participación llenaron la encuesta general y la MRS. Las mujeres que negaron su participación o fueron incapaces de entender los ítems incluidos en el cuestionario fueron excluidas.

Los datos personales incluidos en el cuestionario fueron los siguientes: edad, estado civil, paridad, nivel educativo (años), consumo actual de cigarrillo, estado de menopausia, edad de comienzo de la menopausia, edad desde el comienzo de la menopausia, presencia actual de una pareja, uso corriente de terapia hormonal (TH) para la menopausia. El estado posmenopáusico fue definido como la ausencia de menstruación por los 12 últimos meses¹². El protocolo de investigación del estudio CAVIMEC, como parte del estudio multicéntrico latinoamericano de QoL REDLINC IV, fue revisado por el Comité de Bioética de la fundación PROSAM, Santiago de Chile, Chile.

La Escala de Puntuación de Menopausia

Este es un instrumento específico de QoL relacionado con la salud, compuesto de 11 ítems que evalúan síntomas de la menopausia divididos en tres subescalas: (1) somáticos (ítems 1-3 y 11, respectivamente); psicológicos (ítems 4-7, respectivamente) y urogenitales (ítems 8-10, respectivamente). Cada ítem puede ser calificado por el sujeto desde 0 (no presente) hasta 4 (1, leve; 2, moderado; 3, severo; 4, muy severo). Para un individuo particular, el puntaje total para cada subescala es la suma de cada ítem calificado contenido en la subescala. El puntaje total de la MRS es la suma de los puntajes obtenidos en cada subescala. Cada ítem de la MRS puede ser presentado como un puntaje promedio y puntajes por encima de 8 (somático), 6 (psicológico), 3 (urogenital) y 16 (total) fueron definidos como severos¹³. La MRS ha sido traducida a más de 27 idiomas y para el propósito de esta investigación fue utilizada la versión en español¹⁴, que ha sido usada para evaluar QoL en poblaciones climatéricas de Ecuador y Chile^{5,15}. Más detalles de la escala y su puntaje están reportados en otros lados^{13,16}.

Análisis estadístico

El análisis se realizó utilizando el software estadístico EPI-INFO 2000 (Centros para el Control de Enfermedades, Atlanta, GA; OMS, Basilea, Suiza). Los datos son expresados como medias $\pm$ desviaciones estándar y porcentajes. Los cálculos de *chi cuadrado* y *t de student* se usaron para comparar datos categóricos y continuos, respectivamente. Se usó regresión logística para evaluar la raza como un factor de riesgo para QoL alterada (puntajes severos en la MRS [total y subescalas]) luego de ajustar para diversas variables de confusión. Los puntajes severos en la MRS (total y subescala) fueron considerados como la variable dependiente y la procedencia étnica, edad, años desde el comienzo de la menopausia, uso de TH, años de estudio y hábito de fumar como las variables independientes. Las variables continuas fueron convertidas en valores dicotómicos usando medianas como puntos de corte. La entrada de variables en el modelo de regresión fue considerada con un nivel de significancia de 20% y se aplicó un procedimiento escalonado. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

Resultados

Durante el período de estudio a un total de 1343 mujeres que cumplían con los criterios

de inclusión se les solicitó participar en el estudio. De ellas 86 (6.4%) fueron excluidas ya que se negaron a participar o indicaron que no entendían de manera adecuada el cuestionario. Por ende, 1257 encuestas fueron llenadas, de las cuales 42 (3.3%) estaban incompletas. De las 1215 mujeres restantes, 579 (47.7%) corresponden a estado posmenopáusico, 153 hispanas, 295 indígenas y 131 negras. Las características demográficas de las mujeres encuestadas están resumidas en la Tabla 1. Las mujeres hispanas tuvieron una edad promedio de 55.3 ± 3.3 años, una escolaridad promedio de 6.4 ± 3.5 años, una paridad media de 4.2 ± 2.1 y 7.2 ± 3.7 años desde el comienzo de la menopausia. Un 55.9% de ellas tenía compañero y 3.3% eran menopáusicas con TH. Comparadas con las hispanas, las mujeres indígenas tenían una edad promedio similar, pero una tasa mayor de cohabitación con un compañero (92.5% *vs.* 22.9%, $p < 0.0001$), una mayor edad al momento de la menopausia (49.5 ± 3.0 *vs.* 48.3 ± 2.5 años $p < 0.0001$), menor nivel educativo (2.2 ± 1.8 *vs.* 6.4 ± 3.5 años $p < 0.0001$) y menor hábito de fumar (5.1% *vs.* 17.0% $p < 0.0001$). Las mujeres negras tuvieron un perfil similar a las hispanas; sin embargo, fueron más jóvenes (53.4 ± 3.3 *vs.* 55.3 ± 3.3 años $p < 0.0001$) y con menor escolaridad (4.6 ± 4.4 *vs.* 6.4 ± 3.5 años $p < 0.0001$). El uso de TH fue bajo entre todos los grupos estudiados sin diferencias estadísticas entre ellos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas de acuerdo a su origen étnico.

Parámetros	Hispanas (n = 153)	Indígenas (n = 295)	Negras (n = 131)
Edad	$55.3 \pm 3.3^*$	54.9 ± 3.4	$53.4 \pm 3.3^\dagger$
Nivel educativo (años)	6.4 ± 3.5	$2.2 \pm 1.8^\dagger$	$4.6 \pm 4.4^\dagger$
Casada	51 (33)**	17 (5.8) [†]	50 (38.2)
Cohabitación con compañero	35 (22.9)	273 (92.5) [†]	51 (38.9) [§]
Paridad	4.2 ± 2.1	4.2 ± 2	3.9 ± 2
Edad al comienzo de la menopausia	48.3 ± 2.5	$49.5 \pm 3^\dagger$	48.7 ± 2.4
Tiempo desde la menopausia (años)	7.2 ± 3.7	$5.1 \pm 3.1^\dagger$	$4.7 \pm 3.1^\dagger$
Uso actual de terapia hormonal	5 (3.3)	7 (2.3)	6 (4.6)
Cigarrillo actual	26 (17)	15 (5.1) [†]	13 (9.9)

* Media $\pm$ desviación estándar

** Números en paréntesis son porcentajes

Los valores de p comparados con el grupo de hispanas fueron $^§p < 0.01$; $^\dagger p < 0.0001$, de lo contrario no significativo.

Los puntajes totales y las subescalas de la MRS de acuerdo al grupo étnico están plasmados en la Tabla 2. Las mujeres hispanas exhibieron mejor Qol (menor puntaje total en la MRS) cuando fueron comparadas con las mujeres negras e indígenas (8.6 ± 5.7 vs. 13.7 ± 7.0 y 14.7 ± 2.4 , respectivamente $p < 0.0001$). Las mujeres negras presentaron puntajes mayores psicológicos y somáticos cuando se compararon con las mujeres hispanas e indígenas (5.9 ± 2.9 vs. 2.7 ± 2.6 y 3.1 ± 1.6 , $p < 0.0001$ y 6.5 ± 3.3 vs. 4.6 ± 2.9 y 5.3 ± 1.7 , respectivamente, $p < 0.0001$). La calificación urogenital fue más alta en las mujeres indígenas comparada con las hispanas y las negras (6.2 ± 1.3 vs. 1.1 ± 1.9 y 1.3 ± 2.3 , respectivamente, $p < 0.0001$).

El porcentaje de mujeres posmenopáusicas que presentó puntajes severos en la MRS (total y subescalas) de acuerdo al grupo étnico está plasmado en la Tabla 3. Las mujeres hispanas presentaron una menor tasa de puntajes totales de la MRS respecto a las mujeres indígenas y negras (11.1 ± 3.0 vs. 38.7 ± 2.5 y 38.9% , respectivamente, $p < 0.0001$). Las mujeres negras tuvieron una mayor tasa de puntajes somáticos y psicológicos severos en la MRS comparadas con las hispanas y las indígenas (44.3 vs. 17% y 11.5% y 48.1 vs. 10.4% y 5.1% , respectivamente, $p < 0.0001$). Las mujeres indígenas tuvieron una mayor tasa de puntajes urogenitales MRS severos comparadas con las hispanas y las negras (92.2 vs. 12.4% y 15.3% , respectivamente, $p < 0.0001$).

Tabla 2. Puntuaciones totales y de las subescalas de la MRS de acuerdo al origen étnico.

Subescala y síntomas	Puntaje		
	Hispanas (n = 153)	Indígenas (n = 295)	Negras (n = 131)
Somática	$4.6 \pm 2.9^*$	$5.3 \pm 1.7^\dagger$	$6.5 \pm 3.3^\S$
1. Oleadas de calor, sudoración	1.3 ± 1.1	$1.9 \pm 0.3^\S$	$1.7 \pm 1.3^\dagger$
2. Molestia cardíaca	0.6 ± 1.0	0.5 ± 0.7	$1.0 \pm 1.0^\dagger$
3. Problemas de sueño	1.5 ± 1.1	$0.5 \pm 0.7^\S$	1.4 ± 1.1
11. Problemas musculares y articulares	1.1 ± 1.1	$2.3 \pm 0.7^\S$	$2.2 \pm 1.0^\S$
Psicológica	2.7 ± 2.6	$3.1 \pm 1.6^{**}$	$5.9 \pm 2.9^\S$
4. Ánimo depresivo	1.0 ± 1.0	$0.3 \pm 0.7^\S$	$1.5 \pm 0.9^\S$
5. Irritabilidad	0.4 ± 0.8	$0.9 \pm 0.5^\S$	$1.3 \pm 0.9^\S$
6. Ansiedad	0.3 ± 0.8	$0.5 \pm 0.7^?$	$1.3 \pm 0.9^\S$
7. Cansancio físico y mental	0.8 ± 0.1	$1.2 \pm 0.7^\S$	$1.6 \pm 1.0^\S$
Urogenital	1.1 ± 1.9	$6.2 \pm 1.3^\S$	1.3 ± 2.3
8. Problemas sexuales	0.2 ± 0.6	$1.7 \pm 0.6^\S$	0.3 ± 0.7
9. Problemas vesicales	0.5 ± 1.0	$2.7 \pm 0.6^\S$	0.4 ± 1.0
10. Sequedad vaginal	0.3 ± 0.8	$1.7 \pm 0.7^\S$	0.4 ± 0.9
Puntaje total MRS	8.6 ± 5.7	$14.7 \pm 2.4^\S$	$13.7 \pm 7.0^\S$

* Media $\pm$ desviación estándar

Nota: los valores de p comparadas con el grupo de hispanas fueron los siguientes: $**p < 0.05$, $^?p < 0.01$, $^\dagger p < 0.001$, $^\S p < 0.0001$, de lo contrario no significativo.

Tabla 3. Porcentaje de mujeres con puntajes menopáusicos severos (total y subescalas) de acuerdo al origen étnico.

MRS total y subescala	Hispanas (%)	Indígenas (%)	Negras (%)
Somática	17.0	11.5	44.3*
Psicológica	10.4	5.1	48.1*
Urogenital	12.4	92.2*	15.3
Total	11.1*	38.7	38.9

* $p < 0.0001$ comparado con otras etnias.

Luego de ajustar por edad, años desde el comienzo de la menopausia, uso de TH, años de estudio, paridad y hábito de fumar, el análisis de regresión logística determinó que las mujeres indígenas y las negras, comparadas con las hispanas, tenían un riesgo incrementado para alteración en la QoL (calificación total de la MRS > 16) (OR: 3.11, IC 95%: 1.30-7.44 y OR: 5.29, IC 95%: 2.52-11.10, respectivamente). Las mujeres indígenas tuvieron un aumento en el riesgo para QoL comprometida debido a síntomas urogenitales (OR: 102.75, IC 95%: 38.33-275.47) y las mujeres negras debido a los síntomas psicológicos (OR: 6.58, IC 95%: 3.27-13.27) y somáticos (OR: 3.88, IC 95%: 1.83-8.22).

Discusión

Este estudio determinó que hay diferencias étnicas concernientes a la intensidad de los síntomas de la menopausia y la alteración en la QoL. Mujeres posmenopáusicas hispanas colombianas, comparadas con las negras y las indígenas, presentaron puntajes totales más bajos en la MRS. Esto puede reflejar, por lo menos en parte, un menor impacto negativo del climaterio sobre las mujeres hispanas. Además esta diferencia no puede ser atribuida a la edad o a los años en estado posmenopáusico (mayor entre las hispanas), factores de riesgo bien conocidos para la alteración de la QoL¹¹. En esta serie el puntaje total de la MRS entre las mujeres hispanas fue menor (8.6 ± 5.7 vs. 11.3 ± 8.5 , $p < 0.0001$) que aquel de toda la cohorte de mujeres latinoamericanas recientemente determinado por nuestra Red de Investigación en Climaterio (REDLINC)¹¹ y los estándares (10.4 ± 8.8) reportados en el sitio Web de la MRS¹⁷.

Las diferencias observadas entre mujeres hispanas, indígenas y negras encontradas en este estudio pueden relacionarse con factores biológicos y/o socio-culturales existentes encontrados entre ellas. Diversas investigaciones enfatizan en la importancia del origen étnico en relación con la prevalencia de síntomas climatéricos. En un estudio adelantado en 11 países asiáticos, Tan y cols.¹⁸ determinaron que la prevalencia de oleadas de calor varía entre los diferentes trasfondos étnicos asiáticos. Luego de controlar para factores de confusión, Monterrosa y cols.¹⁰ han determinado que mujeres colombianas afro-descendientes se encuentran en mayor riesgo de presentar síntomas de la menopausia más severos que sus controles hispanos, claramente delineando la raza negra como un factor de riesgo. Esta observación está en correlación con un estudio llevado a cabo por Randolph y cols.¹⁹ que demostraron que las mujeres afro-americanas exhiben niveles más elevados de FSH respecto a su contraparte caucásica, sugiriendo una explicación biológica para el riesgo incrementado de presentar síntomas de la menopausia más severos encontrado en las mujeres negras. Aún más, el Estudio de la Salud de las Mujeres a través de la Nación (SWAN) determinó que los niveles de FSH aumentados son un factor de riesgo para síntomas de la menopausia más severos²⁰. Factores socio-culturales tales como educación²¹, dieta²² o actividad física²³, también pueden explicar las diferencias étnicas en la intensidad de los síntomas encontrada en la presente serie. Aunque los estudios mencionados sugieren que hay diferencias en la prevalencia de síntomas en relación con la raza y que éstas pueden asociarse a factores culturales y biológicos, las limitacio-

nes metodológicas y las diferencias hacen difícil la comparación.²⁴

Las mujeres indígenas de esta serie tuvieron la QoL más alterada de esta serie (puntuación más alta total de la MRS). Nuestros resultados son similares a aquellos reportados en indios Maya de Guatemala con altas tasas de síntomas de la menopausia^{25,26} y los publicados por Castelo-Branco y cols.²⁷ en mujeres indígenas Movima (Bolivia) de 35 a 54 años de edad, en quienes la prevalencia de oleadas de calor fue 45% [27%]. Sin embargo, difieren de otras publicaciones respecto a aborígenes americanos, en quienes los síntomas de la menopausia parecen ser menos intensos. Webster, en una revisión de la literatura que incluye 13 estudios relacionados con indígenas norteamericanos, indica que la prevalencia de oleadas de calor es más baja comparada con las mujeres caucásicas²⁸. Otro estudio adelantado con 228 mujeres Maya de Yucatán (Méjico) indica que ninguna de ellas presenta oleadas de calor u otros síntomas relacionados con la menopausia²⁹.

Este estudio encontró que las mujeres hispanas exhibieron menores puntajes totales y en las subescalas de la MRS (QoL menos comprometida) comparadas a las mujeres indígenas y negras. Las mujeres negras presentaron alteración en su QoL en relación con mayores calificaciones somáticas y psicológicas. Esto se confirmó incluso luego de ajustar para diversos factores de confusión (Tabla 4). Comparación de estos resultados con la literatura es difícil ya que los

datos de poblaciones negras evaluadas con la MRS están faltando. A pesar de esto, el SWAN³⁰, un estudio de Estados Unidos realizado entre 14.906 mujeres (caucásicas, afro-americanas, hispanas, japonesas y chinas) con edades entre 40 y 55 años encontró que las mujeres caucásicas tenían tasas más altas de síntomas psicológicos respecto a las negras, situación que es contraria a nuestros hallazgos. Sin embargo, se correlaciona con el hallazgo de que las mujeres negras exhiben tasas más altas de síntomas vasomotores. Como ya se ha mencionado, las diferencias metodológicas (por ejemplo el instrumento utilizado para evaluar los síntomas de la menopausia) entre un estudio y otro hacen las comparaciones muy difíciles.

Fue interesante encontrar que las mujeres indígenas tuvieron la QoL más comprometida en relación con mayores puntajes en las calificaciones urogenitales de la MRS. Esto se puede correlacionar con un reporte reciente que indica que en Quito, una ciudad con una población de 78% de indígenas autóctonos³¹, más de 90% de las mujeres entre 40 y 59 años de edad, evaluadas con el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), presentan disfunción sexual en relación con resequedad vaginal como su principal factor de riesgo³². Por otro lado, en Bolivia, las mujeres Movima climatéricas también presentan una alta prevalencia de disfunción sexual en relación con síntomas urogenitales, la principal queja de la menopausia²⁷. En este mismo sentido, un estudio

Tabla 4. Riesgo de QoL alterada (MRS) entre mujeres posmenopáusicas indígenas y negras comparadas con hispanas: análisis de regresión logística*

MRS total y subescala	Indígenas		Negras	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Somática (> 8)	0.43	0.13-1.44	3.88	1.83-8.22
Psicológica (> 6)	0.52	0.18-1.51	6.58	3.27-13.27
Urogenital (> 3)	102.75	38.33-275.47	1.87	0.82-4.23
Total (> 16)	3.11	1.30-7.44	5.29	2.52-11.10

* Nota: OR hispanas: 1.0; riesgo ajustado para edad, años desde el comienzo de la menopausia, uso de TH, años de escolaridad, paridad y hábito de fumar.

multiétnico llevado a cabo en los Estados Unidos en 16,065 mujeres de 40 a 55 años de edad encontró que las mujeres hispanas, con un gran trasfondo genético amerindio, presentan tasas altas de incontinencia urinaria y resequedad vaginal cuando se comparan con caucásicas, chinas, japonesas y afro-americanas³³. Uno de los pocos estudios llevado a cabo entre mujeres africanas nativas no menciona las quejas urogenitales dentro de los síntomas que con mayor frecuencia se reportan en la menopausia³⁴.

Finalmente, dentro de las limitaciones de este estudio uno puede mencionar su naturaleza de corte transversal y, debido a la gran diversidad de la población latinoamericana, la evaluación de más datos sociodemográficos y del índice de masa corporal habría sido de utilidad. Debido a esto, los resultados no pueden ser generalizados a toda la población de Colombia o el resto de Latinoamérica. El no obtener información sobre el uso de alternativas a la TH, que posiblemente podría tener influencia sobre los síntomas de la menopausia, entre el grupo negro e indígena, también puede ser una limitante potencial. La terapia herbal para los síntomas climatéricos ha sido mencionada en varios estudios latinoamericanos^{11,25,35}. Sin embargo, su uso parece ser menos frecuente que en otras poblaciones. Efectivamente, Bair y cols.,³⁶ en un estudio multiétnico en Estados Unidos, mostraron que las terapias alternativas son usadas por 60% de las mujeres caucásicas y japonesas, 40% de las afro-americanas y solo 20% de las hispanas. Chedraui y cols.¹¹ han determinado que 7.6% de mujeres de 12 países latinoamericanos usan terapias alternativas para la menopausia. Finalmente, la eficacia clínica de las terapias alternativas es controversial. Una revisión de Cochrane no encontró evidencia de efectividad de los fitoestrógenos para el alivio de los síntomas de la menopausia³⁷. Otra revisión de estudios clínicos aleatorizados puntualizó que aunque hay evidencia de que el cohosh negro puede ser benéfico en algunas mujeres para los síntomas de la menopausia, la evidencia actual no soporta el uso del trébol rojo, fitoestrógenos, ginseng, onagra, dong quai y vitamina E³⁸. Finalmente, un ensayo clínico aleatorizado encontró que el cohosh negro, usado solo o como parte de un producto multibo-

tánico, con o sin cambios dietéticos, no tenía efectos sobre el epitelio vaginal³⁹, un sitio con alteración importante en el grupo indígena de nuestra serie, debido a la deficiencia estrogénica. A pesar de estas limitaciones, este es el primero en comparar la QoL en una serie de mujeres posmenopáusicas latinoamericanas de tres etnias diferentes, por ende proveyendo una herramienta útil de referencia.

En conclusión, en esta serie de mujeres posmenopáusicas colombianas, los síntomas de la menopausia en mujeres indígenas (urogenitales) y negras (somáticos/psicológicos) fueron más severos y por lo tanto la QoL más alterada cuando se compararon con las hispanas. Estos hallazgos muy probablemente son el resultado de diferencias en las interacciones biológicas y socio-culturales. Se requiere más investigación en este campo.

Declaración de interés. Los autores no reportan conflictos de interés. Los autores solos son responsables del contenido y la redacción de este artículo.

Referencias

1. Burger HG, Dudley EC, Robertson DM, Dennerstein L. Hormonal changes in the menopause transition. *Recent Prog Horm Res* 2002;57:257-275.
2. Buckler H. The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms. *J Br Menopause Soc* 2005;11:61-65.
3. Binfa L, Castelo-Branco C, Blumel JE, Cancelo MJ, Bonilla H, Munoz I, Vergara V, Izaguirre H, Sarra S, Rios RV. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas* 2004;48:425-431.
4. Blumel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Cordova AT, Binfa LE, Bonilla HG, Munoz IG, Vergara VG, Sarra SC. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas* 2004;49:205-210.
5. 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.

6. Appling S, Paez K, Allen J. Ethnicity and vasomotor symptoms in postmenopausal women. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16:1130-1138.
7. 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.
8. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric* 2007;10:197-214.
9. 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;14:688-696.
10. 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.
11. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Danckers L, Espinoza MT, Flores D, Gomez G, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008;61:323-329.
12. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, Woods N. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Climacteric* 2001;4:267-272.
13. http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Ref_Values_countrGr.pdf. Accessed on 20 June 2008.
14. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:28.
15. Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población Chilena de mujeres saludables. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:402-409.
16. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:67.
17. http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Int_MeanSD.pdf. Accessed on 14 October 2008.
18. Tan D, Haines CJ, Limpaphayom KK, Holinka CF, Ausmanas MK. Relief of vasomotor symptoms and vaginal atrophy with three doses of conjugated estrogens and medroxyprogesterone acetate in postmenopausal Asian women from 11 countries: the Pan-Asia menopause (PAM) study. *Maturitas* 2005;52:35-51.
19. Randolph JF Jr, Sowers M, Bondarenko IV, Harlow SD, Luborsky JL, Little RJ. Change in estradiol and folliclestimulating hormone across the early menopausal transition: effects of ethnicity and age. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:1555-1561.
20. Freeman EW, Sammel MD, Grisso JA, Battistini M, Garcia-España B, Hollander L. Hot flashes in the late reproductive years: risk factors for Africa American and Caucasian women. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10:67-76.
21. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B, Cumsille MA, Sanjuan A. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000;34:17-23.
22. Welty FK, Lee KS, Lew NS, Nasca M, Zhou JR. The association between soy nut consumption and decreased menopausal symptoms. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16:361-369.
23. Lindh-Astrand L, Nedstrand E, Wyon Y, Hammar M. Vasomotor symptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy. *Maturitas* 2004;48:97-105.
24. Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Hum Reprod Update* 2005;11:495-512.
25. Michel J, Veliz M, Soejarto D, Mahady G. Symptoms, attitudes and treatment choices surrounding menopause among the Q'eqchi Maya of Livingston, Guatemala. *Soc Sci Med* 2006;63:732-742.
26. Stewart DE. Menopause in highland Guatemala Mayan women. *Maturitas* 2003;44:293-297.
27. 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.
28. Webster RW. Aboriginal women and menopause. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24:938-940.
 29. Beyene Y, Martin MC. Menopausal experiences and bone density of Mayan women in Yucatan, Mexico. *Am J Hum Biol* 2001;13:505-511.
 30. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, Kagawa-Singer M. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001;52:345-356.
 31. González-Andrade F, Sánchez D, González-Solórzano J, Gascón S, Martínez-Jarreta B. Sex-specific genetic admixture of Mestizos, Amerindian Kichwas, and Afro-Ecuadorans from Ecuador. *Hum Biol* 2007;79:51-77.
 32. Blümel JE, Leon-Leon P, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Flores D, Espinoza MT, Izaguirre H, et al. Sexual dysfunction in Latin America: prevalence and risk factors. *Climacteric* 2008;11:175.
 33. 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.
 34. Kwawukume EY, Ghosh TS, Wilson JB. Menopausal age of Ghanaian women. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;40:151-155.
 35. Ososki AL, Lohr P, Reiff M, Balick MJ, Kronenberg F, Fugh-Berman A, O'Connor B. Ethnobotanical literature survey of medicinal plants in the Dominican Republic used for women's health conditions. *J Ethnopharmacol* 2002;79:285-298.
 36. Bair YA, Gold EB, Zhang G, Rasor N, Utts J, Upchurch DM, Chyu L, Greendale GA, Sternfeld B, Adler SR. Use of complementary and alternative medicine during the menopause transition: longitudinal results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2008;15:32-43.
 37. Lethaby AE, Brown J, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J. Phytoestrogens for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD001395.
 38. Cheema D, Coomarasamy A, El-Toukhy T. Non-hormonal therapy of post-menopausal vasomotor symptoms: a structured evidence-based review. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 276:463-469.
 39. Reed SD, Newton KM, LaCroix AZ, Grothaus LC, Grieco VS, Ehrlich K. Vaginal, endometrial, and reproductive hormone findings: randomized, placebo-controlled trial of black cohosh, multibotanical herbs, and dietary soy for vasomotor symptoms: the Herbal Alternatives for Menopause (HALT) Study. *Menopause* 2008;15:51-58.