

Prevalencia de la sintomatología urogenital en mujeres indígenas colombianas en posmenopausia

Álvaro de Jesús Monterrosa-Castro¹, Ángel Paternina-Caicedo², Jhonmer Márquez-Vega³, Ivette Romero-Pérez⁴

RESUMEN

Introducción: el deterioro de la calidad de vida en las mujeres posmenopáusicas es diferente según el grupo étnico al cual pertenecen.

Objetivo: comparar la frecuencia de síntomas urogenitales y el deterioro de la dimensión urogenital en mujeres indígenas en posmenopausia.

Metodología: se estudió por medio de la *Menopause Rating Scale* a 609 mujeres posmenopáusicas, entre 40 y 59 años, de tres asentamientos indígenas colombianos: 161 (26,4%) de diferentes etnias residentes en la Amazonia, 297 (48,8%), zenúes y 151 (24,8%), wayuús.

Resultados: el puntaje de la dimensión urogenital en las indígenas amazónicas fue $3,8 \pm 3,2$; en las zenúes, $6,2 \pm 1,3$ y en las wayuús, $2,9 \pm 2,6$; el puntaje del grupo total en esta dimensión fue $4,8 \pm 2,7$, todos más altos que los de otras poblaciones colombianas y latinoamericanas. El puntaje total de la MRS fue: $13,8 \pm 8,2$ en las amazónicas, $14,7 \pm 2,5$ en las zenúes y $10,0 \pm 6,7$ en las wayuús. En 9,1% del grupo total se encontraron síntomas severos con respecto a problemas sexuales, en 48,0% había incontinencia urinaria y en 12,1%, sequedad vaginal. El 42% tenían deterioro de la dimensión urogenital.

Conclusiones: las mujeres indígenas en posmenopausia de las tres poblaciones estudiadas tienen alta prevalencia y aparición precoz de síntomas relacionados con la dimensión urogenital. La mitad de la población estudiada, con edad promedio de 53 años, tiene deteriorada la esfera urogenital.

PALABRAS CLAVE

Calidad de Vida; Escalas de Calidad de Vida; Menopausia; Población Indígena; Síntomas Urogenitales

¹ Médico, especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Titular. Líder del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Jefe de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

² Médico general. Candidato a Magíster en Epidemiología Clínica. Universidad de Cartagena en convenio con la Universidad Nacional, Cartagena. Colombia.

³ Estudiante de pregrado, Facultad de Medicina. Miembro del semillero FEM-salud del grupo de investigación Salud de la Mujer, Universidad de Cartagena, Colombia.

⁴ Médico, especialista en Ginecología y Obstetricia. Candidato a Magíster en Epidemiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Correspondencia: Álvaro de Jesús Monterrosa Castro; alvaromonterrosa@gmail.com

Recibido: octubre 03 de 2011

Aceptado: diciembre 30 de 2011

SUMMARY

Prevalence of urogenital symptoms among Colombian indigenous postmenopausal women.

Introduction: Deterioration of life quality in postmenopausal women differs according to their ethnicity.

Objective: To compare the frequency of urogenital symptoms and the deterioration of the urogenital dimension in indigenous postmenopausal women belonging to three different communities.

Methods: By means of the Menopausal Rating Scale, 609 indigenous postmenopausal women, aged between 40-59 years, were studied: 161 (26.4%) belonged to different Amazonic tribes, 297 (48.8%) were *Zenu* and 151 (24.8%), *Wayuu*.

Results: Scores in the urogenital dimension were as follows: 3.8 ± 3.2 in the Amazonic women; 6.2 ± 1.3 in the *Zenu* community, and 2.9 ± 2.6 among the *Wayuu*. The score for the whole group was 4.8 ± 2.7 ; all these scores are higher than those of other Colombian and Latinamerican populations. Total score in the MRS was 13.8 ± 8.2 (Amazonic women), 14.7 ± 2.5 (*Zenu*), and 10.0 ± 6.7 (*Wayuu*). In the whole group, 9.1% had severe symptoms concerning sexual problems, 48.0% had urinary incontinence, and 12.1% suffered from vaginal dryness. The urogenital dimension was altered in 42%.

Conclusion: Indigenous postmenopausal Colombian women belonging to different communities have high prevalence and early appearance of symptoms related to the urogenital dimension. Half of the studied population, with average age 53 years, have urogenital deterioration.

KEY WORDS

Indigenous Population; Menopause; Quality of Life; Quality of Life Scales; Urogenital Symptoms.

INTRODUCCIÓN

La menopausia ha tenido una connotación cambiante en la historia. Ha sido considerada como una enfermedad, un signo de decadencia

en el siglo XIX e incluso una etapa de liberación, con el fin de la fertilidad (1). Hoy se acepta como la interrupción definitiva de las menstruaciones resultante de la pérdida de la actividad folicular del ovario. La posmenopausia son los años que siguen a la menopausia (2). En ellos aparecen cambios en los tejidos urogenitales y, más adelante, atrofia urogenital que puede expresarse clínicamente con sequedad, prurito y dispareunia, los cuales pueden persistir y aumentar con el paso de los años (3,4).

La mayoría de los estudios sobre molestias urogenitales en la posmenopausia se han hecho en mujeres blancas. Estudios epidemiológicos sugieren que la prevalencia de esos síntomas puede ser diferente en otras etnias/razas (4). Factores diversos, incluso las actitudes culturales hacia el envejecimiento y la sexualidad pueden conllevar visiones diferentes con respecto a la salud urogenital (2).

De acuerdo con una evaluación realizada por la *Red Latinoamericana para la Investigación del Climaterio* (REDLINC), en más de ocho mil mujeres de 18 ciudades de Latinoamérica (5), las mujeres latinoamericanas presentan mayor deterioro de la calidad de vida y sintomatología más intensa relacionada con la menopausia que las mujeres de Asia, Norteamérica y Europa, cuando se las evalúa con la escala de calidad de vida MRS (*Menopause Rating Scale*). Los síntomas urogenitales también son más intensos en las mujeres latinoamericanas que en las del resto del mundo. En un estudio sobre disfunción sexual en mujeres climatéricas realizado por la misma Red en doce países de Latinoamérica, aplicando el *Índice de Función Sexual Femenina* (IFFS) (6), se encontró que la mala lubricación vaginal era el principal factor de riesgo de disfunción sexual femenina.

Monterrosa y colaboradores (7) evaluaron con la MRS a mujeres posmenopáusicas de tres etnias colombianas diferentes y observaron que las indígenas tenían mayor compromiso de la dimensión urogenital que las afrodescendientes del Caribe Colombiano y las mestizas/hispánicas de Cartagena: $6,2 \pm 1,3$; $1,3 \pm 2,3$; $1,1 \pm 1,9$, respectivamente. En otro estudio de los mismo autores (8), al comparar la presencia de molestias urogenitales en mujeres posmenopáusicas de dos poblaciones indígenas latinoamericanas (zenúes de Colombia y quechuas de Perú), encontraron que las mujeres de ambas etnias

tenían sintomatología climatérica más intensa que la descrita en mujeres hispánicas o europeas, con manifestaciones urogenitales tempranas, similares y fuertes, superior a la descrita en otros lugares del mundo y mucho más alta que la obtenida en poblaciones colombianas afrodescendientes y mestizas/hispánicas.

El objetivo de este estudio fue establecer y comparar la presencia de síntomas urogenitales y la magnitud del deterioro de la dimensión urogenital y de la calidad de vida en mujeres indígenas colombianas de diferentes asentamientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

CAVIMEC (*Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas*) es un estudio transversal que involucra a mujeres colombianas entre 40 y 59 años de edad de diferentes comunidades del país, agrupadas por etnias/razas, aplicando formularios de calidad de vida directamente en las comunidades.

Participantes: estudio transversal en mujeres indígenas colombianas de tres asentamientos diferentes, en departamentos con presencia de nativos autóctonos: etnia wayúú, asentada en la península de la Guajira, en el noreste del país; etnia zenú, residente en resguardos del departamento noroccidental de Córdoba; etnias nativas de la Amazonia, la punta austral de Colombia.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres indígenas, hijas de padre y madre indígenas, naturales y residentes en las comunidades donde se aplicaron los formularios, que estuvieran en período posmenopáusico, definido por presentar amenorrea por más de un año; que estuvieran saludables, definida esta situación como la compatible con las actividades rutinarias. Se excluyeron las histerectomizadas y las que presentaban déficit mental o padecimientos psíquicos o físicos que les dificultaran el desarrollo de la entrevista. Se excluyeron asimismo las mujeres que no pudieran o no supieran leer.

Entre los años 2009 y 2010, un grupo de encuestadoras, previamente capacitadas sobre los componentes del formulario y la escala, realizó visitas puerta a puerta en poblaciones donde residieran personas de las

etnias que se iba a estudiar, identificando mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión, no tuvieran los de exclusión y desearan participar de forma voluntaria y anónima. No se preguntó sobre número de identidad, nombres, direcciones de residencia, actividades o rangos dentro de sus comunidades.

Las encuestadoras eran profesionales de la salud o trabajadoras sociales y pertenecían, con actividad laboral y/o residencia, a las mismas comunidades. Las encuestadoras les explicaban a las mujeres las intenciones de la investigación, los componentes del formulario y la escala. Además, diligenciaron el formulario con los datos generales socio-demográficos y motivaron a las mujeres a autoaplicar la escala, dejándolas a solas todo el tiempo que fuera necesario. Por el bajo nivel educativo de muchas de las mujeres encuestadas, se aceptó que las encuestadoras apoyaran el llenado del formulario e incentivaran para que fuera completo. Se las instruyó suficientemente para evitar que influenciaran en las respuestas o aportaran elementos diferentes a los estrictamente puntualizados en las preguntas. Las tres zonas escogidas son culturalmente diferentes, con comportamientos distintos y sometidas de diversas formas a la influencia de la modernidad y a las fuerzas político-sociales externas. Son asentamientos ancestrales de individuos nativos, sin mezclas con otras razas y de estrato socioeconómico bajo.

Según información del *Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia* (DANE) [www.dane.gov.co], en el año 2010 el número de mujeres de 40 a 59 años era el siguiente en las distintas comunidades incluidas en este estudio: 3.904 en los municipios de Leticia, La Chorrera y Puerto Nariño, en el departamento del Amazonas; 4.721 en el municipio de San Andrés de Sotavento, departamento de Córdoba, y 1.805 en el municipio de Albania en el departamento de la Guajira. Con el cálculo de 10.403 mujeres entre 40 y 59 años, un porcentaje anticipado de severidad del puntaje somático del 50% y un nivel de confianza del 95%, se estableció un tamaño mínimo de la muestra de 371 mujeres para todas las etnias, o sea, de 124 por cada etnia. Se buscó al azar en los municipios, poblados y caseríos de los asentamientos indígenas un número mayor de mujeres, previendo varias circunstancias, a saber: que posiblemente muchas no desearían

participar; que pudiera presentarse una elevada proporción de abandono al aplicar la prueba o que debiera eliminarse un número alto de formularios por el llenado incompleto o incorrecto. No obstante, ninguna mujer se retiró de la aplicación del formulario una vez iniciada su participación y todos ellos fueron diligenciados correctamente; todos los formularios aplicados se tuvieron en cuenta.

Asentamiento del Trapecio Amazónico: se contactó a 180 mujeres indígenas, 19 de las cuales no participaron, quedando un total de 161. De ellas, 101 (62,7%) pertenecían a la etnia ticuna, 20 (12,4%) a la uitoto, 16 (9,9%) a la ocaina, 14 (8,7%) a la cocama y 10 (6,2%) a la yagua. Estas indígenas residían en los municipios de La Chorrera, Puerto Nariño y Leticia en el departamento del Amazonas, en el sur de Colombia. La etnia ticuna (o tikuna) es un pueblo amerindio que habita en Perú y Brasil, así como en Colombia, entre los ríos Putumayo y Amazonas. Practican la pesca, la horticultura itinerante, la caza, la recolección y el comercio. Los cultivos están cercanos a sus viviendas. Son muy apreciadas sus artesanías, especialmente las tallas en madera. Constituyen uno de los pueblos más numerosos de la Amazonia y son aproximadamente 7.000 personas. Los uitoto habitan la zona sur del Amazonas. Su lengua nativa pertenece a la familia lingüística wuitoto, aunque hablan diversos dialectos de acuerdo con la zona donde se encuentran asentados. La horticultura, la caza, la pesca y la recolección de frutos silvestres constituyen la base de su economía. La etnia es afín a los grupos ocaina y muinane. Los cocama viven en pequeños asentamientos cerca de Leticia y Puerto Nariño y a lo largo del río Putumayo. Comparten el territorio con los ticuna y con los yagua. Su población se calcula en 1.000 individuos. Los yagua, que desarrollan actividades básicas de agricultura y pesca, son unas 4.000 personas.

Asentamiento zenú: las 307 mujeres de esta etnia identificadas para el estudio pertenecen al resguardo indígena de San Andrés de Sotavento, creado por la Corona española en 1773 en el departamento de Córdoba, al norte de Colombia. Subsisten de la agricultura básica, la ganadería y en gran medida de las artesanías de tejidos y cestería. Uno de sus productos, el sombrero *vueltaio* es emblema colombiano. La población de indígenas zenúes se

calcula en más de 34.566 personas, con una gran migración hacia las ciudades grandes e intermedias del Caribe colombiano. Diez de las 307 no quisieron o no pudieron responder el formulario, por lo que este se aplicó a 297. Todas ellas hablaban español, lo que evidencia 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, las costumbres e incluso sus gobiernos locales, hizo desaparecer las lenguas nativas.

Asentamiento wayuú: el pueblo wayuú habita la árida península de la Guajira al noreste de Colombia y noroeste de Venezuela, sobre el mar Caribe. Es una región de clima cálido, seco e inhóspito. La población wayuú está constituida por 144.003 personas que representan el 20,5% de los indígenas nacionales y constituyen el 48% de los habitantes de esa península. La familia lingüística de la lengua wayuú es la arawak. Los jóvenes entienden el español, pero su lengua materna sigue representando para ellos un factor importante de identidad étnica y cultural. Se contactó a 170 mujeres 19 de las cuales no desearon o no pudieron participar en el momento de la aplicación del formulario, el cual se diligenció para las 151 restantes. Hacían parte de las comunidades indígenas de Pitulumana, Nueva Esperanza y Campo Herrera del municipio de Albania (Guajira).

Menopause Rating Scale: el estudio se hizo con una escala autoaplicada de calidad de vida, diseñada específicamente para mujeres en menopausia, denominada *Menopause Rating Scale* (MRS), instrumento de origen alemán, con numerosas publicaciones y ampliamente validado (9,10). Está compuesta por once preguntas que corresponden a once síntomas y está dividida en tres subescalas o dimensiones: (A) *Somático-vegetativa* que identifica sofocos, molestias cardíacas, trastornos del sueño y molestias musculares y de las articulaciones [ítems 1, 2, 3, 11, respectivamente]. (B) *Psicológica*: estado de ánimo 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 se califica como: 0 [ausente], 1 [leve], 2 [moderado], 3 [severo] y 4 [muy severo] y se

pueden establecer la media y su desviación estándar obtenidas por una población para cada uno de los ítems. La sumatoria de las medias de los ítems definidos establece el puntaje medio de cada una de las tres dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las tres dimensiones establece el puntaje total o dimensión global de la escala. Cuanto más alto sea el puntaje obtenido, mayor es el deterioro de la calidad de vida en general, 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 la dimensión somático-vegetativa tiene un puntaje superior a 8, la psicológica está por encima de 6, la urogenital es superior a 3 y si el puntaje total de la escala pasa de 16 puntos. Ha sido validada en español y utilizada en países de Latinoamérica (10,11). No existe validación de la escala en los dialectos indígenas amerindios. Cada encuestadora tradujo de la escala en español al dialecto hablado por las mujeres, cuando este era la única lengua de la encuestada. Cuando las mujeres hablaban español, o simultáneamente español y dialecto, la escala se entregó en español y fue autoaplicada, en concordancia con los criterios de los proponentes originales del formulario.

Se solicitó el consentimiento informado previo a la aplicación de la encuesta, de acuerdo con la declaración de Helsinki. El proyecto fue inscrito en la Universidad de Cartagena.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico Epi-Info 3.5.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, EE. UU., 2008). Los datos continuos se expresan en medias con desviación estándar y los datos categóricos en porcentajes con sus intervalos de confianza. Las diferencias se evaluaron con ANOVA o test de Student and Mann-Witney, según la homogeneidad de la varianza. Los porcentajes de diferencia se evaluaron usando el χ^2 . Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se estudiaron 609 mujeres indígenas posmenopáusicas: 161 (26,4%) de etnias residentes en municipios del

Trapezio Amazónico, 297 (48,8%) de la etnia zenú y 151 (24,8%) de la etnia wayúú.

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los asentamientos estudiados. La edad promedio de todas las mujeres participantes fue de $53,4 \pm 4,3$ años. Todas eran de bajo estrato socioeconómico y escasa escolaridad: 225 (36,9%) no habían hecho ningún año de estudio, 253 (41,5%) habían hecho entre uno y tres años. Solo 2 (0,3%) tenían más de diez años de escolaridad. Las mujeres participantes en el estudio presentaron la menopausia en promedio a la edad de $47,8 \pm 3,4$ años, y en el momento de la aplicación del formulario tenían en promedio $5,5 \pm 3,6$ años desde la última menstruación. La paridad promedio era de $5,5 \pm 2,9$ hijos. El estado civil predominante era la unión libre (461; 75,7%) seguido por las casadas (67; 11,0%). El 7,9% estaban separadas, el 3,6% eran viudas y el 1,8%, solteras. 402 mujeres (66,0%) nunca habían fumado, 149 (24,5%) habían fumado antes y 58 (9,5%) eran fumadoras actuales. En cuanto al idioma, 91 (14,9%) solamente hablaban un dialecto indígena, 206 (33,8%) hablaban español y además un dialecto indígena. Las restantes 312 (51,2%) hablaba solamente español. El 97,5% (594 mujeres) no utilizaban terapia hormonal.

La magnitud del deterioro en la dimensión urogenital en los tres asentamientos indígenas se presenta en la tabla 2. Toda la población estudiada tuvo un puntaje elevado en esta dimensión, pero se hallaron diferencias según las etnias: fue mayor en las zenúes ($6,2 \pm 1,3$) seguidas por las amazónicas ($3,8 \pm 3,2$) y las wayúú ($2,9 \pm 2,6$). Las zenúes manifestaron mayores problemas de vejiga, sexuales y sequedad vaginal que las otras. El síntoma más prevalente en las wayúú fue la sequedad vaginal y en las amazónicas tanto la sequedad vaginal como los problemas de vejiga. En los tres asentamientos el puntaje total de la MRS fue $13,3 \pm 5,9$, resultado más alto que en otras poblaciones colombianas y latinoamericanas. El puntaje total fue mayor en las indígenas zenúes. En el dominio psicológico estaban peor las amazónicas y en el somático, las amazónicas y zenúes por igual.

La tabla 3 muestra el porcentaje de mujeres indígenas con síntomas urogenitales severos y muy severos. Se observa que la mitad de todas las mujeres tenían problemas vesicales como principal síntoma urogenital; dichos problemas estaban presente en el

80,5% de las mujeres de la etnia zenú. La sequedad vaginal severa la manifestaron con mayor frecuencia las mujeres de las etnias amazónicas (18,6%), al igual que los problemas sexuales (21,1%). Entre las mujeres wayuú el 11,3% informaron problemas sexuales y solo el 5,2%, sequedad vaginal severa.

El 57,1% de las mujeres amazónicas, el 33,7% de las zenúes y el 42,4% de las wayuú tenían deterioro severo de la dimensión urogenital. En conjunto, el 42% de todas las indígenas tenían dicho nivel de deterioro de la dimensión urogenital, muy por encima del compromiso psicológico (15,9%) y el somático (5,7%). Este comportamiento global del deterioro de las dimensiones se observó por igual en todas las etnias estudiadas pero el porcentaje de mujeres afectadas fue diferente según la etnia (tabla 4). El puntaje total de la escala estaba severamente deteriorado en una de cada cuatro mujeres al estudiar a todas

las indígenas, pero hubo diferencias entre las etnias: fue mayor la presencia de puntaje total severo en las amazónicas (37,3%) que en las zenúes (22,2%) y en las wayuú (17,9%).

En la tabla 5 se presenta el porcentaje de mujeres indígenas con síntomas urogenitales severos y muy severos, distribuidas por rango de edades. Hay elevada prevalencia de problemas sexuales y de sequedad vaginal a edades muy tempranas, antes de los 50 años, que afectan en mayor proporción a las mujeres amazónicas. Los problemas severos de vejiga presentan un deterioro progresivo conforme aumenta la edad, con diferencia estadísticamente significativa: afectan a más del 50% de las mujeres mayores de 55 años. Tanto los problemas sexuales severos como la sequedad vaginal severa se reducen con el paso de los años, pero las diferencias no son significativas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de 609 mujeres posmenopáusicas de tres asentamientos indígenas colombianos

Características sociodemográficas	Asentamiento amazónico	Asentamiento zenú	Asentamiento wayuú	p
Número	161	297	151	<0,001‡
Edad promedio (años)	52,0 ± 4,6	54,9 ± 3,4	51,7 ± 4,3	<0,001‡
Edad promedio de menopausia (años)	46,4 ± 3,3	49,5 ± 3,1	47,8 ± 3,5	0,097‡
Años en posmenopausia	5,6 ± 4,5	5,3 ± 3,1	5,8 ± 3,6	<0,001‡
Años promedio de estudios	2,4 ± 1,8	2,3 ± 1,9	1,3 ± 2,0	<0,001*
Hablan español (n y %)	10 (6,2)	297 (100)	5 (3,3)	<0,001*
Hablan un dialecto (n y %)	9 (5,6)	0 (0,0)	82 (54,3)	<0,001*
Hablan español + un dialecto (n y %)	142 (88,2)	0 (0,0)	64 (42,4)	<0,001*
En unión libre (n y %)	98 (60,9)	273 (91,9)	90 (59,6)	<0,001*
Casadas (n y %)	44 (27,3)	17 (5,7)	6 (4,0)	<0,001‡
Paridad promedio	7,4 ± 3,0	4,2 ± 2,0	6,0 ± 2,9	<0,001†
Usuaris de terapia hormonal (n y %)	6 (2,1)	7 (1,4)	2 (1,3%)	<0,001*
Fumadoras actuales (n y %)	26 (16,1)	15 (5,1)	17 (11,3)	0,002*
Nunca fumaron (n y %)	120 (74,5)	176 (59,3)	106 (70,2)	<0,001‡

* Chi-cuadrado.

† Test exacto de Fisher.

‡ Test de Kruskal-Wallis. El test de Sahpiro-Wilk no reportó normalidad de las variables.

Tabla 2. Puntaje promedio de los diferentes síntomas y dominios de la escala MRS en indígenas colombianas posmenopáusicas

Calidad de vida	Asentamiento indígena			
	Amazónico (n: 161) media ± DE	Zenú (n: 297) media ± DE	Wayuu (n: 151) media ± DE	Total (n: 609) media ± DE
Dimensión somática				
Sofocos, sudoración	1,5 ± 1,0	1,9 ± 0,3	0,6 ± 0,8	1,5 ± 0,8
Molestias cardíacas	1,0 ± 0,9	0,5 ± 0,7	0,6 ± 1,2	0,7 ± 0,9
Trastornos del sueño	1,0 ± 0,9	0,5 ± 0,7	0,7 ± 0,9	0,7 ± 0,8
Molestias musculares/articulares	1,5 ± 1,2	2,3 ± 1,3	1,3 ± 1,2	1,8 ± 1,3
<i>Total de la dimensión somática</i>	5,2 ± 2,9	5,3 ± 1,7	3,3 ± 2,6	4,8 ± 2,4
Dimensión psicológica				
Estado de ánimo depresivo	1,2 ± 1,0	0,3 ± 0,7	0,8 ± 0,8	0,7 ± 0,9
Irritabilidad	1,0 ± 1,1	0,9 ± 0,5	0,9 ± 1,1	1,0 ± 0,8
Ansiedad	1,0 ± 1,1	0,5 ± 0,7	0,9 ± 1,1	0,8 ± 0,9
Cansancio físico y mental	1,4 ± 1,0	1,2 ± 0,7	0,9 ± 1,1	1,2 ± 0,9
<i>Total de la dimensión psicológica</i>	4,7 ± 3,4	3,2 ± 1,6	3,7 ± 2,8	3,7 ± 2,6
Dimensión urogenital				
Problemas sexuales	1,2 ± 1,2	1,7 ± 0,6	0,9 ± 1,1	1,4 ± 1,0
Problemas de vejiga (incontinencia)	1,3 ± 1,2	2,7 ± 0,6	0,9 ± 1,1	1,9 ± 1,2
Sequedad vaginal	1,3 ± 1,2	1,7 ± 0,7	1,1 ± 1,2	1,4 ± 1,0
<i>Total de la dimensión urogenital</i>	3,8 ± 3,2	6,2 ± 1,3	2,9 ± 2,6	4,8 ± 2,7
Puntaje total	13,8 ± 8,2	14,7 ± 2,5	10,0 ± 6,7	13,3 ± 5,9

Tabla 3. Mujeres indígenas en posmenopausia con síntomas urogenitales severos + muy severos

Dimensión urogenital	Asentamiento indígena			
	Amazónico n (%)	Zenúes n (%)	Wayuú n (%)	Todos n (%)
Problemas sexuales	34 (21,1)	4 (1,3)	17 (11,3)	55 (9,1)*
Problemas de vejiga (incontinencia)	37 (23,0)	239 (80,5)	16 (10,6)	292 (48,0)*
Sequedad vaginal	30 (18,6)	21 (7,1)	23 (5,2)	74 (12,1)†

* p < 0,001 mediante chi-cuadrado

† P = 0,001 mediante chi-cuadrado

Tabla 4. Mujeres indígenas en posmenopausia con deterioro severo de las dimensiones y del puntaje total en la escala MRS

Calidad de vida (dimensiones)	Asentamiento indígena			
	Amazónico n (%)	Zenúes n (%)	Wayuú n (%)	Todos n (%)
Somática	19 (11,8)	8 (2,7)	8 (5,3)	35 (5,7)
Psicológica	52 (32,3)	17 (5,7)	28 (18,5)	97 (15,9)
Urogenital	92 (57,1)	100 (33,7)	64 (42,4)	256 (42,0)
Puntaje total	60 (37,3)	66 (22,2)	27 (17,9)	153 (25,1)

Tabla 5. Porcentaje de indígenas posmenopáusicas con síntomas urogenitales severos + muy severos. Distribución por rangos de edad

			Rangos de edad en años			
			45-49	50-54	55-59	P(X ²)
Porcentaje de mujeres con síntomas severos + muy severos en cada uno de los tres asentamientos	Problemas sexuales	Amazónico	19,6	22,2	19,5	0,929
		Zenú	0,0	1,0	0,7	0,876
		Wayuú	8,3	10,2	13,0	0,755
		Todos	11,2	9,0	6,5	0,307
	Problemas de vejiga	Amazónico	26,1	22,2	17,1	0,598
		Zenú	77,3	80,6	82,6	0,805
		Wayuú	8,3	10,2	13,0	0,755
		Todos	28,4	48,8	57,1	<0,001
	Sequedad vaginal	Amazónico	19,6	20,4	14,6	0,753
		Zenú	13,6	7,1	5,6	0,370
		Wayuú	10,4	18,4	15,2	0,583
		Todos	14,7	13,4	9,1	0,219

DISCUSIÓN

En el presente estudio de mujeres posmenopáusicas en tres asentamiento indígenas de Colombia, se halló que la edad promedio de la menopausia fue de $47,8 \pm 3,5$ años, más temprana que la observada en América Latina: $49,4 \pm 5,5$ años (12), en países europeos y en Norteamérica.

En indígenas movima de Bolivia la edad de la menopausia es aún más temprana: $42,3 \pm 6,1$ años (13), pero en indígenas de otras partes del mundo dicha edad está alrededor de los 50 años (14). En un

estudio realizado en un país del golfo Árabe (15) se observó una edad promedio de la menopausia natural de $48,4 \pm 3,8$ años, más cercana a la observada en este estudio.

Así como hay diferencias en la edad promedio de la menopausia, se reconoce que las hay entre las poblaciones en la presentación de los síntomas climatéricos (4), aunque la mayoría de los estudios se han efectuado en países desarrollados y solo una minoría en población indígena. En los países occidentales desarrollados se considera que los síntomas menopáusicos -oleadas de calor, sudoración

y sequedad vaginal- son las principales quejas del climaterio. Las mujeres asiáticas reportan tasas más bajas de síntomas que las norteamericanas y europeas (16).

En un estudio multicéntrico europeo (9) aplicando la MRS, la dimensión somática presentó el mayor compromiso con puntaje de 5.2 ± 1.0 ; en último lugar estuvieron los síntomas urogenitales con 2.5 ± 2.5 . Resultados similares se encontraron en un estudio multiétnico (17) llevado a cabo en siete sitios diferentes de Estados Unidos, con 16.065 mujeres de 40-55 años de edad, en el que las mujeres hispánicas presentaron mayor frecuencia de sequedad vaginal e incontinencia urinaria, comparadas con las de otras etnias (caucásicas, chinas, japonesas y afroamericanas).

Existe evidente deterioro de la dimensión urogenital en las mujeres de los asentamientos indígenas evaluados (puntaje de 4.8 ± 2.7) mucho más elevado que el de otras etnias/razas, aunque hay diferencias entre las tres poblaciones comparadas. El compromiso urogenital –que se instaura desde edades muy tempranas– parece ser una característica de las mujeres indígenas latinoamericanas. Los estrógenos tienen un papel fundamental en la salud del tracto urogenital. En la transición menopáusica y en la posmenopausia el déficit estrogénico se relaciona con pérdida de la turgencia, del grosor y de la vascularización de la mucosa vaginal, lo que se manifiesta clínicamente por sequedad vaginal, prurito, ardor y dificultad para lograr un coito satisfactorio (5,18).

La uretra posee abundantes receptores de estrógeno porque tiene el mismo origen embrionario que la vagina distal (18); por ello la caída del tenor estrogénico induce detrimento anatómico y funcional. Cuando existe atrofia vaginal se presentan más a menudo aumento de la frecuencia, urgencia, nicturia, disuria, incontinencia e infección poscoital (19,20). Los síntomas urogenitales se suelen acompañar de alteraciones psicológicas, emocionales e interpersonales, con deterioro del estado de salud y una repercusión negativa en la salud sexual.

Los estudios (6,21) que abordan la dimensión urogenital centran su atención en problemas como sequedad vaginal, prurito, ardor y dispareunia. El estudio WHI (*Women's Health Initiative*) (19) encontró

que estos problemas son los que más afectan a mujeres hispánicas que viven en Estados Unidos, seguidas por las mujeres de raza negra. Aunque este estudio no especifica el origen de las mujeres hispánicas, cabe recordar que gran parte de estas mujeres provienen de países con alto predominio indígena, como México, Guatemala, Bolivia, Ecuador y Colombia. Por lo tanto, no se puede dejar de lado la posible ascendencia indígena de estas mujeres hispánicas.

La alta prevalencia de manifestaciones y el deterioro urogenital severo presente en las mujeres indígenas tal vez se deba a la presencia importante de genes amerindios, que contribuyan a una menopausia prematura y a un deterioro más temprano de la mucosa y arquitectura vaginales, con expresión más precoz de una disfunción sexual como la detallada en el estudio de sexualidad latinoamericana en el que la mayor prevalencia de disfunción sexual estaba en las ciudades con alta presencia de individuos amerindios o descendientes de ellos (9).

El principal síntoma observado en la dimensión urogenital es la incontinencia urinaria severa que afecta casi a la mitad de las mujeres indígenas (48,0%). La sequedad vaginal severa fue informada por el 12,1%; esta manifestación se considera de inicio temprano pues 14,7% de las mujeres pertenecían al rango de 45 a 49 años, cuando lo informado usualmente en la literatura son los sesenta años de edad (22,23). Con igual magnitud y un comportamiento similar se presentan los problemas sexuales severos. Ello debe guardar relación directa con el hipostrogenismo más temprano a consecuencia de la falla precoz en el funcionamiento ovárico que se expresa con una menopausia natural por debajo de los 48 años de edad. Hay una importante presencia de mujeres con menopausia antes de los 45 años de edad en las poblaciones indígenas estudiadas, situación que se pudiera considerar normal para ellas.

Para explicar la menopausia temprana en mujeres de comunidades indígenas latinoamericanas se ha señalado a la elevada altura sobre el nivel del mar (12). En ese estudio y en otro (8) hemos observado entre indígenas de diferentes asentamientos, costumbres, actividades y etnias, con distinta penetración de la modernidad y residentes a diversas alturas sobre el nivel del mar, incluso al nivel de éste, que tienen el común denominador de una mayor

prevalencia y severidad del deterioro de la calidad de vida, menopausia más temprana, peor estado de la dimensión urogenital y mayor presencia de sequedad vaginal, incontinencia urinaria y malestar en la función sexual. No solo la parte genética pudiera estar influyendo sino que, de seguro, factores nutricionales, sociales, culturales y de percepción de la sexualidad pueden jugar un papel importante en el deterioro de la función urogenital. El solo hecho de residir a grandes alturas no es *per se* el factor que pueda explicar la menopausia temprana y sus implicaciones en las mujeres indígenas latinoamericanas.

La pérdida temprana de la función ovárica en estas mujeres indígenas se estaría expresando de forma precoz en el aparato urogenital; por ello, 42% de las mujeres indígenas evaluadas tenían deterioro severo de la dimensión urogenital, mientras que solo 15% tenían deterioro psicológico severo y 5,7% deterioro severo de la dimensión somática. Se reduce ligeramente la manifestación de la sequedad vaginal con el paso de los años; aunque las diferencias no sean significativas, dicha reducción tal vez se deba al abandono de la actividad sexual o a la adaptación a este cambio en la mucosa genital. El deterioro urogenital de las mujeres indígenas no solo es más prevalente sino más severo que lo observado en otras poblaciones (22).

Las mujeres indígenas del Trapecio Amazónico presentan con mayor frecuencia deterioro severo de la dimensión urogenital (57,1%), que las wayuú (42,4%) y que las zenúes (33,7%). Al evaluar los síntomas urogenitales severos y muy severos en las mujeres zenúes el más prevalente es el problema de vejiga (80,5%), casi el cuádruple del resultado obtenido en las mujeres amazónicas (23%) y casi ocho veces más que el de las wayuú (10,6%). Lo cual permite deducir que si bien hay elevada prevalencia de alteración en la dimensión urogenital entre mujeres indígenas colombianas, la presencia y severidad de los síntomas vesicales no son iguales en todos los asentamientos. El estudio no permite hacer inferencias sobre las razones para las diferencias en la prevalencia de los problemas de vejiga. No explora lo referente a detalles de la vida obstétrica, niveles y condiciones en los cuales se hizo la atención de los partos y sus complicaciones; por lo tanto, no se puede correlacionar el hallazgo

de problemas de vejiga con la paridad. La escala MRS evalúa los problemas vesicales como una manifestación o queja amplia. La pregunta no es específica para diagnosticar incontinencia urinaria.

Tampoco son iguales en todos los asentamientos los problemas sexuales y la sequedad vaginal. En un estudio (8) en el que se compararon indígenas colombianas residentes al nivel del mar con indígenas residentes a gran altura en los Andes Peruanos se observaron diferencias significativas en cuanto a sequedad vaginal y problemas vesicales aunque tenían similar deterioro urogenital.

El impacto de estos síntomas en la vida diaria es muy variable; algunas mujeres indican que sus síntomas representan un problema solo durante la actividad sexual, pero muchas manifiestan que ellos interfieren con las actividades de la vida diaria. Incluso algunas mujeres han manifestado no poder estar sentadas por períodos prolongados debido a la irritación y sequedad vaginales (2). Algunas mujeres merman la ingesta de líquidos para disminuir la frecuencia de la micción (2), lo que a largo plazo contribuye al desarrollo de infecciones urinarias pues se superpone al aumento del pH (6,0-8,0) lo que favorece la proliferación de microorganismos patógenos.

Reconocer que las mujeres indígenas posmenopáusicas tienen mayor prevalencia de sequedad vaginal y de problemas de vejiga y sexuales, que muy probablemente se acompañarán de incontinencia urinaria de esfuerzo, micción imperiosa e infecciones urinarias (22,23), obliga a tomar medidas preventivas y a hacer intervenciones oportunas. Este trabajo tuvo las limitantes inherentes a los estudios transversales; además, por la forma de involucrar a las mujeres puede haber existido un sesgo de selección y se plantea la duda de si las participantes fueron realmente representativas de las mujeres en climaterio de sus respectivas etnias. El estudio aporta conocimientos específicos y nuevos sobre aspectos inherentes a las indígenas, que pueden ser válidos cuando se vayan a diseñar y aplicar políticas de atención en salud en estas comunidades, que usualmente carecen de programas de prevención y promoción, no incluidos en los planes tradicionales de salud.

CONCLUSIONES

Las mujeres posmenopáusicas de tres asentamientos indígenas colombianos tienen edad promedio de menopausia de $47,8 \pm 3,5$ años, con elevada prevalencia de alteración de la dimensión urogenital y presencia importante de sequedad vaginal y de problemas de vejiga y sexuales. La mitad de la población estudiada tiene incontinencia vesical severa. Es importante reconocer el impacto de la atrofia urogenital en la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas, para así darle prioridad en los programas de atención a mujeres indígenas en climaterio y hacerles tratamientos adecuados y oportunos.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Financiación: Vicerrectoría de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia. Convocatoria interna de proyectos de investigación de grupos categorizados por Colciencias (2010-2011).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gannon L, Ekstrom B. Attitudes toward menopause: the influence of sociocultural paradigms. *Psychology of Women Quarterly*. 1993 Sep;17(3):275–88.
2. Huang AJ, Luft J, Grady D, Kuppermann M. The day-to-day impact of urogenital aging: perspectives from racially/ethnically diverse women. *J Gen Intern Med*. 2010 Jan;25(1):45–51.
3. Davila GW, Singh A, Karapanagiotou I, Woodhouse S, Huber K, Zimberg S, et al. Are women with urogenital atrophy symptomatic? *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Feb;188(2):382–8.
4. Romero-Pérez I, Monterrosa-Castro A, Paternina-Caicedo A. Menopausia y etnias/razas: ¿hay diferencias en la presentación de los síntomas? *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2010;61(4):319–28.
5. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas*. 2008 Dec 20;61(4):323–9.
6. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause*. 2009;16(6):1139–48.
7. Monterrosa A, Blümel J, Chedraui P. Calidad de vida de mujeres en postmenopausia. Valoración con “Menopause Rating Scale” de tres etnias colombianas diferentes. *MedUNAB*. 2009;12(2):80–5.
8. Ojeda E, Monterrosa A, Blümel JE, Escobar-López J, Chedraui P. Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric*. 2011 Feb;14(1):157–63.
9. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LAJ, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Jan;2:45.
10. Aedo M S, Porcile J A, Iribarra A C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2006;71(6):402–9.
11. Monterrosa A, Blümel JE, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2008 Feb 20;59(2):182–90.
12. Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause*. 2006;13(4):706–12.
13. Castelo-Branco C, Palacios S, Mostajo D, Tobar C, von Helde S. Menopausal transition in Movima women, a Bolivian Native-American. *Maturitas*. 2005 Aug 16;51(4):380–5.
14. Syed Alwi SAR, Lee PY, Awi I, Mallik PS, Md Haizal MN. The menopausal experience among indigenous women of Sarawak, Malaysia. *Climacteric*. 2009 Dec;12(6):548–56.
15. Bener A, Rizk DE, Shaheen H, Micallef R, Osman N, Dunn EV. Measurement-specific quality-of-life satisfaction during the menopause in an Arabian Gulf country. *Climacteric*. 2000 Mar;3(1):43–9.
16. Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas*. 1996 Mar;23(2):147–57.
17. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. 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 Sep 1;152(5):463–73.

18. Archer DF. Efficacy and tolerability of local estrogen therapy for urogenital atrophy. *Menopause*. 2010;17(1):194–203.
19. Pastore LM, Carter RA, Hulka BS, Wells E. Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *Maturitas*. 2004 Dec 10;49(4):292–303.
20. Sturdee DW, Panay N. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010 Dec;13(6):509–22.
21. McKenna SP, Whalley D, Renck-Hooper U, Carlin S, Doward LC. The development of a quality of life instrument for use with post-menopausal women with urogenital atrophy in the UK and Sweden. *Qual Life Res*. 1999 Aug;8(5):393–8.
22. Calleja-Agius J, Brincat MP. Urogenital atrophy. *Climacteric*. 2009 Aug;12(4):279–85.
23. Huang AJ, Moore EE, Boyko EJ, Scholes D, Lin F, Vittinghoff E, et al. Vaginal symptoms in postmenopausal women: self-reported severity, natural history, and risk factors. *Menopause*. 2010;17(1):121–6.

