

Afectación de la salud mental en afrodescendientes climatéricas del Caribe colombiano



ÁLVARO MONTERROSA CASTRO



Álvaro Monterrosa Castro

Médico.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Especialista en Docencia Universitaria.

Especialista en Dirección de Instituciones Educativas.

Profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

Investigador Senior [MinCiencias].

Director del Grupo de Investigación Salud de la Mujer.

Líder del Semillero de Investigación FEM-SALUD.

Experto Latinoamericano de menopausia [FLASCYM].

Expresidente de la Asociación Colombiana de Menopausia.

Miembro de la Asociación Colombiana de Medicina del sueño.

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina.

Miembro de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Bolívar.

Décima tercera convocatoria interna de la Universidad de Cartagena para la publicación de libros resultado de investigación. Colección: Luis Caraballo

- Desarrollo sostenible y tecnología de envases: perspectivas desde los recursos pesqueros.
- Envases sostenibles en Bolívar: fusión innovadora entre almidón de ñame, ácido poliláctico y aceite de sésamo.
- Afectación de la salud mental en afrodescendientes climatéricas del Caribe colombiano.
- Ancestría, raíces africanas y estilo de vida de la población de San Basilio de Palenque, Colombia.
- Vaciado de conducciones en sistemas de abastecimiento de agua.
- Narrativas transmedia: innovando en competencias comunicativas en el aula de clases.
- Biopolímeros a partir de plantas alimenticias tropicales del departamento de Bolívar: usos potenciales en la industria alimentaria.
- Problemas y paradigmas de la interpretación constitucional. Análisis jurisprudencial.
- De Amazonas a cautivas.

Afectación de la salud mental en afrodescendientes climáticas del Caribe colombiano

ÁLVARO MONTERROSA CASTRO

Afectación de la salud mental en afrodescendientes climáticas del Caribe colombiano ^(*)

ÁLVARO MONTERROSA CASTRO, MD
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Profesor Titular
Departamento de Investigaciones
Director
Grupo de Investigación Salud de la Mujer
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
Colombia

^(*) El presente libro es un producto final que hace parte del proyecto de investigación de diseño transversal: “Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano”, un brazo de estudio CAVIMEC [Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas], inscrito en la línea de investigación “Tiempo de menopausia”. El proyecto y su brazo de investigación, así como el presente libro, son de la autoría del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, avalado por la Universidad de Cartagena y Categorizado por el Ministerio de Ciencias e Innovación de Colombia [Min-Ciencias]. Las piezas gráficas y las figuras son originales, propias y creadas dentro de la actividad académica y productiva del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, que involucra a integrantes que hacen parte del semillero de investigación FEM-SALUD.

Afectación de la salud mental en afrodescendientes climáticas
del Caribe colombiano

Álvaro Monterrosa Castro ©

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0686-6468>

ISBN: 978-628-7798-03-8

Rector: Willian Malkún Castillejo

Vicerrector de Docencia: Edna Gómez Bustamante

Vicerrector de Investigación: Harold Gómez Estrada

Vicerrector Administrativo: José Ángel Villanueva Llerena

Secretaria General: Katia del Carmen Joly Villareal

616.89 / M778

Monterrosa-Castro, Álvaro

Afectación de la salud mental en afrodescendientes climáticas del Caribe colombiano / Álvaro Monterrosa-Castro; Nacira Badran Muñoz, editora -- Cartagena: Editorial Universitaria, c2025.

255 páginas; 17x 23 centímetros; Imágenes a color. Incluye referencias 1. Salud mental – Afrodescendientes – Caribe colombiano 2. Salud de la Mujer 3. Climaterio

CEP: Universidad de Cartagena. Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación. Biblioteca José Fernández de Madrid.



Realizado el depósito legal.

Editor: Nacira Badrán Muñoz

Diagramación: Martha Barbosa Basto

Diseño de Portada: Álvaro Monterrosa Castro

Martha Barbosa Basto

Sección de Publicaciones.

Universidad de Cartagena.

Primera Edición: Cartagena, 2025.

Corrección de estilo: Heidy Monterrosa Blanco - Nacira Badrán Muñoz

Editorial Universitaria, Centro calle de la Universidad, Cra. 6, N° 36 – 100,
Claustro de San Agustín, primer piso, Cartagena de Indias, 2023.

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro - óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial.



Dedicado a

*Ana Amelia y a Fermín Victoriano.
Ausentes, pero dejaron
marcado el sendero.*





*Estar en menopausia, ser mujer
y ser afrodescendiente
no son razones valederas
para la violencia o la discriminación.*

*Es más, no hay ninguna razón
para expresiones racistas
en los entornos clínicos, en los ámbitos comunitarios
ni en ningún otro lugar.*

Álvaro Monterrosa-Castro





TABLA DE CONTENIDO

AL OÍDO DEL LECTOR	15
PRESENTACIÓN	
La salud mental, un factor crucial para el bienestar de las mujeres afrocolombianas. Yeny Ayola Redondo	19
· Referencias	22
INTRODUCCIÓN	
¿Por qué es necesario estudiar la salud mental de las mujeres afrodescendientes colombianas en climaterio y menopausia?	25
· Referencias	29
CAPÍTULO I	
El Decenio Internacional para los Afrodescendientes y el Grupo de Investigación Salud de la Mujer	31
· Objetivos del Decenio Internacional para los Afrodescendientes	32

• Evaluación del Síndrome Genitourinario de la Menopausia con “Vulvovaginal Symptoms Questionnaire” en afrodescendientes del Caribe colombiano	39
• Aumento de los síntomas de la menopausia entre las mujeres afrocolombianas. Evaluados con MRS [Menopause Rating Scale]	40
• Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano	42
• Manifestaciones menopáusicas y calidad de vida en afrocolombianas. Valoración con escala Cervantes	44
• Factores asociados a dolores musculares y articulares en mujeres afrodescendientes climatéricas	45
• Calidad de vida y obesidad central en mujeres afrocolombianas	47
• Obesidad abdominal, síntomas menopáusicos y calidad de vida en mujeres de una comunidad afrodescendiente en el Urabá antioqueño	51
• Trastorno del deseo sexual hipoactivo y mujeres climatéricas afrocolombianas	53
• Ponencias basadas en estudios sobre salud biopsicosocial en afrodescendientes colombianas	55
• Estrategias para sensibilizar a los médicos y a las mujeres afrodescendientes sobre el climaterio y la menopausia	57
• Referencias	60

CAPÍTULO II

Consideraciones sociohistóricas en que se mueven las mujeres afrodescendientes colombianas	63
• El contexto sociocultural	65
• Los antecedentes de esclavitud y libertad	66
• En medio del racismo y la discriminación vigente	74
• Las carencias en oportunidades educativas y laborales	75

· La atención básica sanitaria en salud reproductiva y climaterio ...	76
· Referencias	79

CAPÍTULO III

Consideraciones generales de la salud mental y las mujeres climatéricas	83
· La afectación de la salud mental	85
· El climaterio y la menopausia	87
· La energía del climaterio	92
· Referencias	95

CAPÍTULO IV

Proyecto de investigación	
“Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano”	101
· Marco teórico y estado del arte	105
· Pregunta de investigación	114
· Objetivo general	114
· Objetivos específicos	115
· Metodología	116
· Menopause Rating Scale [MRS]	118
· Escala SCOFF	120
· Escala breve de Francis	120
· Índice de función sexual abreviada [FSFI-6]	121
· Escala de somnolencia diurna de Epworth	123
· Escala de Insomnio de Atenas	125
· Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21]	127
· Tamaño de la muestra	129
· Análisis estadístico	131
· Declaración expresa del componente ético de la investigación ...	133

· Consentimiento informado	135
· Cronograma	136
· Resultados o productos esperados	138
· Apropiación social del conocimiento	142
· Impactos esperados	143
· Declaración del impacto humano, social, económico y ambienta del Grupo de Investigación Salud de la Mujer	145
· Referencias	150

CAPÍTULO V

Principales datos derivados del proyecto de investigación:

“Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano”	155
· Características sociodemográficas y clínicas e información descriptiva	156
· Frecuencia de los síntomas de la menopausia	158
· Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés	163
· Evaluación de la función sexual	166
· Evaluación de los disturbios del sueño	169
· Frecuencia de los trastorno del comportamiento alimentario....	174
· Exploración en relación con religiosidad	175
· Evaluación del cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración....	177
· Evaluación de los síntomas de ansiedad, impaciencia, pánico e inquietud interna	182
· Evaluación de la irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva	189
· Evaluación del estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor.....	194
· Evaluación de la salud mental según el estado menstrual	200

CAPÍTULO VI

Comentarios generales a los principales datos derivados del proyecto de investigación “Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano”.....	209
· Referencias	229

CAPÍTULO VII

Conclusiones y recomendaciones	243
--------------------------------------	------------

ANOTACIONES FINALES

· Epílogo	249
· Glosario de términos	253
· Conflictos de interés	257
· Agradecimientos	259





AL OÍDO DEL LECTOR

*A*fectación de la salud mental en afrodescendientes climatéricas del Caribe colombiano es un producto del proyecto de investigación: “Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano”.

El libro posee contenidos conceptuales, metodológicos y análisis estadísticos articulados y derivados de la ejecución del estudio CAVIMEC [Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas]. Además, recoge datos derivados de aspectos formativos, prácticas, talleres y ejercicios sobre búsqueda bibliográfica, depuración de bases de datos, análisis estadístico y escritura científica de borradores, creación de gráficas y apuestas escriturales iniciales, adelantadas dentro de la estructuración y capacitación en metodología de la investigación brindada a la médica Geraldine Romero Martínez y a los estudiantes de Medicina Verónica Daza Daza, Camila Castro Barraza, Angie Rosales Becerra, Julián Linares Sará, Virginia Romero Gutiérrez, María Belén Quintero Posada, Angélica María Guzmán Crespo,

quienes fueron o son integrantes del semillero de Investigación en salud FEM-SALUD que hace parte del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, avalado por la Universidad de Cartagena y categorizado por Min-Ciencias. El semillero de investigación FEM-SALUD es avalado por la Universidad de Cartagena y está registrado en RED-COLSI nodo Bolívar [Red de Semilleros de Investigación de Colombia].

La labor científica y logística para la concepción, arquitectura estructural y escritura de este libro son de la creatividad científica y propiedad intelectual del autor. El proyecto de investigación del cual hace parte ha recibido financiación económica y logística de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de Cartagena, luego que el proyecto de investigación resultase ganador en la Novena Convocatoria Interna de Proyectos de investigación [Resolución 00332 del 20 de febrero del 2018], notificada según Resolución 02007-2018 y ejecutado bajo el Acta de cumplimiento 0092-2018, suscrito entre la Universidad de Cartagena y el Grupo de Investigación Salud de la Mujer representado por su líder Álvaro Monterrosa Castro.

El proyecto estableció por medio del rubro de personal que la doctora Geraldine Romero Martínez recibiese recursos económicos de la Universidad de Cartagena. La citada doctora celebró el contrato de prestación de servicios UC-OPS-196-2021 con el objetivo de organizar y depurar la base de datos creada a partir de los formularios impresos productos del trabajo de campo, adelantar el trabajo analítico inicial y estructurar los componentes organizacionales para la posterior escritura científica del primer borrador. Varios de los estudiantes recibieron de la Universidad de Cartagena becas/pasantías para adelantar aprendizaje y tareas específicas asignadas por el líder del proyecto de investigación.

Este libro se enmarca y articula con la iniciativa de la Asamblea General de la Organización de la Naciones Unidas que procla-

mó los años 2015–2024 como el Decenio Internacional para los Afrodescendientes y aporta información epidemiológica y clínica para visibilizar suficientemente la afectación en la salud mental que se encontró en un grupo de mujeres del Caribe colombiano que pertenecen a dicha etnia y están en etapa vital de climaterio.

Se inició la ejecución del proyecto de investigación “Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano” el 14 diciembre del 2018 y luego de las prórrogas y ajustes de cronograma establecidos por la Universidad de Cartagena debido a la pandemia del COVID-19, Resolución 00680-2020, fue finalizado el 14 de junio del 2021. Datos parciales han sido presentados como ponencias en congresos médicos, en artículos científicos y en órganos de difusión a la comunidad.

El libro recoge y comparte la data básica obtenida del trabajo de campo y entrega los resultados numéricos arrojados del proyecto. Este es el foco central y punto de máximo interés. Diversos hallazgos están siendo específicamente analizados epidemiológicamente y más adelante serán presentados a profundidad, socializados en ámbitos académicos y publicados en revistas científicas indexadas, así como en mensajes o diálogos con la comunidad, ya que la productividad del Grupo de Investigación Salud de la Mujer se articula con las políticas de la Apropiación Social de Conocimiento.





Ilustración creada con IA de Adobe Firefly

PRESENTACIÓN

LA SALUD MENTAL, UN FACTOR CRUCIAL PARA EL BIENESTAR DE LAS MUJERES AFROCOLOMBIANAS

//////////////////////////////////// **Yeny Ayola Redondo**
Magíster en Estudios Afrocolombianos. Pontificia Universidad Javeriana.
Especialista en Derechos Humanos. Escuela de Administración Pública
Abogada. Universitaria de Colombia.
Magister en Administración y Supervisión educativa. Universidad Externado
de Colombia.
Licenciada en Ciencias Sociales. Universidad de Córdoba.

////////////////////////////////////

La salud mental en Colombia es un tema que cobra cada vez más relevancia en el país, muestra de ello es la adopción de la Política Nacional de Salud Mental a través de la Ley 1616 del 21 de enero del 2013 la cual tiene como objetivo garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana (1).

La necesidad y pertinencia de este tipo de legislaciones es fundamental para el bienestar de la nación, sobre todo si se tiene en cuenta que, en la *Encuesta de percepción de los colombianos sobre la salud mental, su cuidado y valoración*, realizada por el Ministerio de Salud, el 66,3% de los colombianos declara haber enfrentado problemas relacionados con el tema (2). En el caso específico de las mujeres revela un porcentaje mayor en relación con el total de la población. Ante la pregunta ¿Crees haber tenido en algún momento de la vida problemas con tu salud mental? respondieron afirmativamente 69,9% de las encuestadas y en el rango de 18 a 24 años, el 75,4% declaró haberse visto afectada por este tipo de problemas. Por otro lado, es preciso señalar que las respuestas dadas por el 44,5% de quienes fueron encuestados y con más frecuencia por las mujeres también ponen de manifiesto que la casa, un espacio que debería ser el más seguro para ellas, es, de acuerdo con sus experiencias, el más propicio para desarrollar problemas de salud mental (2). Otros documentos que presentan datos generales sobre la salud mental de la población colombiana se han publicado por organismos gubernamentales del orden nacional (3,4).

Ante este panorama la investigación *Afectación de la salud mental en afrodescendientes climatéricas del Caribe colombiano*, dirigida por el doctor Álvaro Monterrosa Castro, es un aporte académico sumamente significativo para la comprensión de los problemas que afectan la psique de un sector de la sociedad caracterizado por la interseccionalidad que representa ser mujer, adulta mayor, afrocolombiana y caribeña en un país donde los derechos fundamentales de las personas negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras no están plenamente garantizados (5,6).

Colombia es un país pluriétnico y multicultural con una estimación de población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera de 4.443.528 personas, equivalente al 9,19% de la población nacional

Visibiliza los trastornos mentales que afectan específicamente a las mujeres afrodescendientes en el climaterio, un período fisiológico de su ciclo vital en el cual ocurre un descenso natural y progresivo de su función ovárica, que se manifiesta en la pérdida de la capacidad reproductiva y síntomas físicos, psicológicos, sexuales y emocionales, con impactos desfavorables en su calidad de vida (7). Este libro es una labor de alto valor social y científico que combate el desconocimiento y es un gran aporte al avance en el camino hacia una sociedad libre de prejuicios racistas, exclusión social y discriminación.

Colombia es un país pluriétnico y multicultural con una estimación de población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera de 4.443.528 personas, equivalente al 9,19% de la población nacional (8). Por tal razón es válido, necesario y resulta crucial enfatizar en la importancia de la investigación, promoción y cuidado de la salud mental de mujeres mayores pertenecientes a estas comunidades, especialmente cuando se tiene en cuenta que históricamente estas poblaciones se han tenido que enfrentar a múltiples experiencias de discriminación, racismo estructural, precarización e invisibilidad. Muchas veces, en medio de las diversas violencias padecidas como consecuencias del conflicto armado colombiano que ha afectado de manera más contundente a los sectores campesinos y a grupos étnicos del país (5,9).

Por otro lado, es importante reconocer que los pueblos negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros se han caracterizado por mantener una lucha incansable por sus derechos, desde los inicios de la Diáspora Africana hasta el presente. Ejemplo icónico de su espíritu insumiso, resiliente y rebelde fue el proceso llevado a cabo por Benkos Biohó en el siglo XVII, quien junto a un grupo de cimarronas y cimarrones se liberaron del yugo español y fundaron el palenque de San Basilio, el primer pueblo libre de América (10).

En periodos más recientes, la organización, solidaridad y resistencia de las organizaciones sociales afrocolombianas dieron origen a la promulgación de la Ley 70 de 1993, conocida como la Ley de Comunidades Negras, a través de la cual se han establecido disposiciones para garantizar

diversos aspectos de la vida de estas comunidades, entre ellos su derecho a la salud, como lo reflejan los artículos 37 y 54 de dicha ley. En este mismo contexto, la inclusión de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos en el sistema educativo nacional representa un avance significativo hacia una comprensión más profunda de las necesidades y desafíos específicos de estas comunidades, incluido su derecho a la salud, así como de lucha contra el racismo y la discriminación (11).

Invito a todos los profesionales del área de la salud e incluso a las mujeres afrodescendientes en general, a que se acerquen a adquirir información, orientación y cifras sobre la magnitud de la afectación de la salud mental en mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano en el presente libro producto de investigación. Conocer sobre la interrelación entre lo psíquico, lo biológico y lo social en mujeres climatéricas afrodescendiente ayudará a la mujer a conocerse mejor, a dimensionar la sintomatología menopáusica que puede deteriorarles la calidad de vida; mientras que los profesionales de la salud pueden tener una guía para los aspectos que deben explorar.

El presente informe final de investigación es pieza valiosa e incluyente que contribuye con el estudio integral de las mujeres negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Referencias

1. República de Colombia. Ley 1616 del 21 de enero del 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Acceso: Abril-16-2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
2. República de Colombia. Ministerio de Salud. Boletín de prensa. 231 del 2023. [Internet] Acceso: Abril-16-2024. Disponible en: [Encuesta](#)

[de Minsalud revela que el 66,3% de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental](#)

3. República de Colombia. Ministerio de Salud. Observatorio Nacional de Salud Mental, ONSM, Colombia. Guía Metodológica Actualización. [Internet] Acceso: Abril-6-2024. Disponible en: [guia-ross-salud-mental.pdf \(minsalud.gov.co\)](http://guia-ross-salud-mental.pdf(minsalud.gov.co))
4. República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de estadísticas [DANE]. Salud mental en Colombia. [Internet] Acceso: Abril-6-2024. Disponible en: [ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf \(dane.gov.co\)](http://ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf(dane.gov.co))
5. República de Colombia. Ministerio del Interior. Dirección de Asuntos Legislativos. Legislación étnica. [Internet]. Acceso: Abril-6-2024. Disponible en: <https://www.mininterior.gov.co/direccion-de-asuntos-para-comunidades-negras-afrocolombianas-raizales-y-palenqueras/legislacion-etnica/>
6. Naciones Unidas. Colombia. La mujer afrocolombiana que lucha por los derechos de las trabajadoras del hogar. Boletín de Prensa. 4 de diciembre del 2023. [Internet]. Acceso: Abril-6-2023. Disponible en: <https://colombia.un.org/es/254756-la-mujer-afrocolombiana-que-lucha-por-los-derechos-de-las-trabajadoras-del-hogar>
7. Mercado-Lara M, Monterrosa-Castro Á, Duran-Méndez Leidy. Evaluación de la calidad de vida en climáticas con la Escala Cervantes: Influencia de la etnia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018;64(1):13-25. Acceso: 6-abril-2024. Disponible en: [a03v64n1.pdf \(scielo.org.pe\)](http://a03v64n1.pdf(scielo.org.pe))
8. República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera resultados del censo nacional de población y vivienda 2018. [Internet]. Acceso: 6-abril-2016. Disponible en: [Mercado \(dane.gov.co\)](http://Mercado(dane.gov.co))
9. Human Rights Watch. Debemos pedir lo que es nuestro. Mujeres afrodescendientes y acceso a la tierra en Alto Mira y Frontera, Colombia. Boletín de prensa. 27 de julio del 2023. [Internet]. Acceso: 7-abril-2024. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/re>

[port/2023/07/27/debemos-pedir-lo-que-es-nuestro/mujeres-afrodescendientes-y-acceso-la-tierra-en](https://www.radio-nacional.co/cultura/historia-colombiana/la-muerte-de-benkos-bioho-400-anos-de-resistencia-afrodescendiente)

10. Radio Nacional de Colombia. La muerte de Benkos Biohó, 400 años de resistencia afrodescendiente. Prensa. Martes, 16 Marzo del 2021. [Internet] Acceso: 7-abril-2024. Disponible en: <https://www.radio-nacional.co/cultura/historia-colombiana/la-muerte-de-benkos-bioho-400-anos-de-resistencia-afrodescendiente>
11. Archivo General de la Nación Colombiana. Ley 70 de 1993. [Internet]. Acceso: 7-abril-2024. Disponible en: <https://normativa.archivogeneral.gov.co/ley-70-de-1993/?pdf=379>





Ilustración creada con IA de Adobe Firefly

INTRODUCCIÓN

¿POR QUÉ ES NECESARIO ESTUDIAR LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES AFRODESCENDIENTES COLOMBIANAS EN CLIMATERIO Y MENOPAUSIA?

Esta pregunta es el punto inicial del proyecto de investigación que ha dado lugar al presente libro y tiene su génesis en hallazgos epidemiológicos encontrados en estudios previos del Grupo de Investigación Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena.

La menopausia es la última menstruación y el climaterio es una etapa vital de la mujer que está llena de nuevos síntomas que son consecuencia directa de la disminución crítica del número de folículos ováricos, de su calidad y de la producción de las hormonas gonadales. La menopausia es un evento fisiológico que se sucede dentro de cambios endocrinológicos que también son fisiológicos pero que generan sintomatología que puede deteriorar la calidad de vida de la mujer (1).

Las manifestaciones psicológicas, endocrinológicas y biológicas de la menopausia y el climaterio se han considerado y se han abordado desde

distintas especialidades o disciplinas médicas, pueden depender de entidades nosológicas importantes, tiene mecanismos bien identificados, vías de causalidad en controversia, algunas alternativas terapéuticas aceptadas y otras en discusión, son motivo frecuente y vigente de preocupación científica global por los impactos adversos en la salud, la posibilidad de génesis de morbilidad severa vinculada a discapacidad y dependencia e incluso causal de mayor mortalidad a temprana edad (2,3).

La mayoría de los estudios sobre síntomas psicológicos y somato-vegetativos de la menopausia y su interrelación con condicionantes sociales se han realizado en países desarrollados, teniendo en cuenta factores ambientales y culturales que son muy diferentes a los que están sometidas las mujeres colombianas (3). Usualmente se suele extrapolar a las mujeres en climaterio y menopausia de Colombia y Latinoamérica los resultados identificados en países desarrollados sin tener en cuenta las características sociodemográficas ni aspecto de tipo étnico, lo cual no es lo adecuado ni debiese ser aceptado.

Estudios del Grupo de Investigación Salud de la Mujer han señalado que la frecuencia y severidad de las manifestaciones menopaúsicas en mujeres colombianas son diferentes de acuerdo con razones étnicas (4). No obstante, los aportes que hemos realizado al estudiar las frecuencias de los síntomas de la menopausia en mujeres afrodescendientes, es necesario profundizar en aspectos algo más específicos de la salud mental y su afectación, tanto en comunidades de mujeres urbanas y rurales del Caribe colombiano. Hay carencias en el conocimiento estricto sobre la interrelación entre los síntomas psicológicos de la menopausia, las asociaciones con otras consideraciones que generan deterioro de la salud mental, especialmente el estrés, la ansiedad y la depresión, los problemas del sueño como el insomnio y la somnolencia diurna excesiva, con aspectos socioculturales como la religiosidad/espiritualidad y con diversos aspecto clínicos o demográficos que presentan las mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano.

Las mujeres de estos conglomerados étnicos descendientes de esclavos, víctimas de la esclavización transatlántica y especialmente las residen-

tes en comunidades rurales suelen pertenecer a estratos socioeconómicos bajos o medio-bajos, subsistir en medio de carencias de distinta índole y de muchas necesidades insatisfechas. Esas condiciones de vida pueden generar imaginarios que potencialmente puedan alterar la conceptualización de la sintomatología menopáusica y su interpretación personal o comunitaria e incluso clínica. Antes de abordar la temática propia del presente proyecto de investigación epidemiológica, es necesario concientizar al lector de la gran influencia socioambiental que tiene la sintomatología menopáusica, por tanto, es inmensamente válido conocer y recrear, así sea panorámicamente, acerca del entorno social, comunitario, educativo, histórico, económico y de vivencias cotidianas que tienen las mujeres afrodescendientes que están en climaterio.

Usualmente se suele extrapolar a las mujeres en climaterio y menopausia de Colombia y Latinoamérica los resultados identificados en países desarrollados sin tener en cuenta las características sociodemográficas ni aspecto de tipo étnico, lo cual no es lo adecuado ni debiese ser aceptado.

La principal razón de ser y la justificación principal del proyecto de investigación que ha dado como uno de sus productos este libro, es la necesidad impostergable de estudiar científicamente varios elementos de la salud mental de mujeres afrodescendientes y entregar datos propios de estas comunidades de nuestro entorno. No realizarlo es razón de inequidad y vulneración de sus derechos humanos. Es fundamental mirar los aspectos sanitarios o específicamente de la calidad de vida en salud de las mujeres afrodescendientes en climaterio, teniendo en cuenta aspectos socioculturales, por ello los capítulos previos donde se agrupan elementos teóricos sobre la realidad social de las poblaciones afrodescendientes a nivel global y colombiano. Son escasas las publicaciones científicas que tienen en cuenta esas articulaciones. Las manifestaciones menopáusicas no se deben ver solo desde lo biológico. La salud de la mujer en etapa de climaterio y menopausia

debe considerar lo cultural, lo étnico y lo socioantropológico, para establecer las orientaciones clínicas y las medidas de intervención, por ello en los capítulos con información epidemiológica se presentan las respuestas de mujeres de contextos socioculturales similares y se realizan consideraciones de interés clínico.

Una de las razones que han movido la realización del proyecto de investigación y concentrar los hallazgos en este documento, es la necesidad de entregar información científica sobre componentes de la salud mental de las mujeres colombianas afrodescendientes en climaterio y menopausia. Con ellos visibilizar la magnitud de la afectación y estimar las exigencias en cuanto a la necesidad de asistencia y de la oportuna entrega de materiales para el afrontamiento por las unidades públicas y privadas de atención en salud. La génesis de comprensión, conciencia y solidaridad comunitaria puede aportar y favorecer la disponibilidad de elementos mensurables que contribuyan a cambiar el imaginario social de la menopausia, considerada aún por la mayoría de la sociedad como herramienta para violentar a la mujer, estigmatizarla y discriminarla. Es prioritario modificar la percepción negativa de la sumatoria conceptual de ser mujer, menopaúsica y étnicamente perteneciente a una raza negra, que desfavorece el correcto enfoque e invisibiliza sus logros y posicionamiento en la sociedad misma, mientras genera incremento en la afectación de la salud mental. Muchas afectaciones de la salud mental en el climaterio y la menopausia pueden tener relación con condicionantes sociales: discriminación, pobreza, falta de oportunidades, abandono familiar y de pareja, bajo nivel educativo, violencia intrafamiliar, etc. (5,6). Al tiempo, algunas afectaciones de la salud mental pueden resultar en síntomas que pueden espontáneamente pasar luego de los ajustes endocrinológicos y biológicos, pero que se deben intervenir terapéuticamente y de forma oportuna. Es importante solidificar las herramientas de afrontamiento de la mujer como estrategia para sostener su salud mental (3).

Para concluir esta sección introductoria, se anota que el Grupo de Investigación Salud de la Mujer viene proponiendo abordar el estudio y el acompañamiento de las mujeres en climaterio y la menopausia, espe-

cialmente entre las afrodescendientes, por lo que concierne a este estudio, desde los insumos que entrega la medicina preventiva, haciendo inmersión en lo biológico, lo físico, lo cognitivo y lo mental, teniendo en cuenta el entorno histórico, ambiental, social y de productividad en que se desenvuelven las mujeres. Las herramientas de exploración de la sintomatología menopáusica y los hallazgos sobre esas manifestaciones clínicas y su relación con otras consideraciones biopsicosociales, que hemos aplicado y obtenido en un grupo de mujeres afrodescendientes residentes en el Caribe colombiano, pueden encontrarse descritos y analizados a lo largo y ancho de los siguientes capítulos.

Referencias

1. Ruth KS, Day FR, Hussain J, Martínez-Marchal A, Aiken CE, Azad A, Thompson DJ, et al. Genetic insights into biological mechanisms governing human ovarian ageing. *Nature*. 2021;596(7872):393-397. <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03779-7>
2. Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022;81:3-7. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003>
3. Kuck MJ, Hogervorst E. Stress, depression, and anxiety: psychological complaints across menopausal stages. *Front Psychiatry*. 2024;15:1323743. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1323743>
4. Blanken A, Gibson CJ, Li Y, Huang AJ, Byers AL, Maguen S, Inslicht S, Seal K. Racial/ethnic disparities in the diagnosis and management of menopause symptoms among midlife women veterans. *Menopause*. 2022;29(7):877-882. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001978>
5. Hogervorst E, Craig J, O'Donnell E. Cognition and mental health in menopause: A review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022 May;81:69-84. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.10.009>

6. Voedisch AJ, Dunsmoor-Su R, Kasirsky J. Menopause: A Global Perspective and Clinical Guide for Practice. *Clin Obstet Gynecol*. 2021;64(3):528-554. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000639>





CAPÍTULO I

EL DECENIO INTERNACIONAL PARA LOS AFRODESCENDIENTES Y EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD DE LA MUJER

Antes de considerar los temas propiamente dichos de la menopausia y el climaterio entre mujeres afrodescendientes, es preciso hacer panorámicamente una mirada al microcosmo de las poblaciones y las mujeres afrodescendientes. Es usual que de forma errónea los afrodescendientes, e incluso las poblaciones amerindias, sean consideradas minorías étnicas, cuando se estima que en el mundo hay más de doscientos millones de personas descendientes de africanos. Gran parte de ellos experimentan desigualdad en muchos ámbitos, incluidos el acceso a los derechos humanos y a servicios básicos como la salud, seguridad social, educación y vivienda. A lo largo de muchos años, la historia de la humanidad ha documentado su padecimiento a consecuencia de

la estigmatización y la discriminación, tanto por razones de su raza, del origen e incluso de la religión. De siempre han exigido espacios para alcanzar participación en la política, buscando su derecho al voto, así como para aspirar a cargos de esta índole (1,2,3).

Objetivos del Decenio Internacional para los Afrodescendientes

Esas condiciones de desigualdad y la connotación vulnerabilidad que conlleva, motivó a la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a proclamar el Decenio Internacional para los Afrodescendientes. Fue así como se seleccionó el periodo comprendido entre 2015 y 2024, fue promulgado a través de la resolución 68/237 y se hizo convocatoria a la sociedad civil para alcanzar los objetivos que se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1 Objetivos del Decenio Internacional para los Afrodescendientes	
Visibilizar los aportes de los afrodescendientes a la sociedad.	Promover el respeto de la diversidad.
Ayudar a crear comunidades mejores y más prósperas.	Fomentar la justicia social.
Incrementar las políticas de inclusión.	Erradicar el racismo y la intolerancia.
Ampliar el reconocimiento de las diferentes culturas.	Suscitar el cumplimiento de los derechos humanos.
Aprobar y fortalecer marcos jurídicos de pronunciamientos públicos para Wasegurar su aplicación. Ejemplos de ellos son: La Declaración y el Programa de Acción de Durban. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.	

El órgano designado para regir el Decenio Internacional para los Afrodescendientes fue la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). Dicha oficina se articuló

con otras instancias mundiales, buscando asegurar el cumplimiento de los derechos humanos y gestionar la participación plena e igualitaria en la sociedad de la población afrodescendiente. Todo su accionar se enmarcó en el lema: “Reconocimiento, justicia y desarrollo” (2,3). Esta ha sido la primera vez que se celebra toda una década dedicada a los afrodescendientes que se encuentran asentados en los diferentes continentes. No obstante, otras fechas se han señalado para puntualizar su historia dentro del devenir del ser humano.

Desde el 2011 se viene realizando el Año Internacional de los Afrodescendientes, logrando avances en la promoción, fomento del cumplimiento y protección de sus derechos. Sin embargo, el racismo sigue muy fuerte en muchos países, fortalecido por diferentes condicionantes sociales. Lo anterior incrementa constantemente las situaciones de desigualdad, perpetúa la pobreza, la carencia de oportunidad para una temprana y eficiente atención sanitaria, a que sean suficientemente evaluadas sus necesidades en términos de elementos que garanticen la salud y prevengan los estragos de la enfermedad y por ende la mortalidad a temprana edad.

A su vez, desde el 2019, por iniciativa de la UNESCO, el 24 de enero de cada año se conmemora el Día Mundial de la Cultura Africana. Otra fecha importante es el 25 de marzo, cuando se realiza la conmemoración del Día Internacional de Recuerdo de las Víctimas de la Esclavitud y la Trata Transatlántica de Esclavos. Se realiza en memoria de los millones de afrodescendientes que por más de cuatrocientos años fueron esclavizados. Se busca de paso reactivar la alerta sobre el peligro que representa en la actualidad el racismo como fuente potencial para esclavitudes disfrazadas en varios países.

Para perpetuar y dejar muy visible a las nuevas generaciones de todos los continentes ese trasegar histórico y luctuoso de la humanidad, un monumento titulado el “Arca del Retorno” y realizado por Rodney León un arquitecto nacido en Haití, está ubicado en Nueva York, Estados Unidos. Es un homenaje sensible e imperecedero a las víctimas de la esclavitud transatlántica (4,5,6). Figura 1.



Figura 1.

El «Arca del Retorno».

*Homenaje a las víctimas de la esclavitud y la trata transatlántica de esclavos.
Nueva York. USA.*

Fotografía de las Naciones Unidas/Rick Bajornas.

Disponible en: <https://www.un.org/es/events/slaveryremembranceday/>

Las actividades del Decenio Internacional para los Afrodescendientes se han ejecutado en varios niveles. Nacionales, orientados al desarrollo de programas de lucha contra el racismo, la xenofobia, la discriminación y otras formas de intolerancia hacia los afrodescendientes. En el nivel regional e internacional se han creado programas con el objetivo de erradicar la discriminación por la raza y además, reunir datos estadísticos e información necesaria para honrar y preservar la memoria histórica de los afrodescendientes (2,3,4).

Alrededor del mundo, los países implementaron estrategias con miras a cumplir los objetivos del decenio. Se aprobaron medidas legislativas para la prohibición de actos de discriminación racial, se designaron organismos de seguimiento y denuncia para identificar cualquier forma de segregación contra la población afrodescendiente. También, los países adquirieron compromisos para adelantar campañas que promovie-

sen los derechos humanos de los descendientes africanos y sensibilizaran a la comunidad en general, incrementado el conocimiento sobre la cultura, historia y patrimonio de dicha etnia. Asimismo, se han otorgado incentivos a las poblaciones afrodescendientes en el mundo, que van desde el nivel educativo e investigativo, hasta la creación de homenajes en honor a las víctimas del sufrimiento y discriminación durante el pasar del tiempo (1,2,3).

La ONU ha venido realizando publicaciones sobre aspectos relacionados con la celebración del Decenio para los Afrodescendientes: guías, informes, mensajes, artículos, eventos promocionales, entre otros, todos con el fin de promover los derechos de los afrodescendientes e intentar concientizar sobre la necesidad de eliminar todas las formas de discriminación contra esta comunidad (5,6).

Destacamos una de las publicaciones que consideramos que deja en evidencia la marginación que sufren los afrodescendientes, especialmente el género femenino y es titulada: *Derechos humanos de las niñas y las mujeres afrodescendientes: logros y triunfos*, donde se señala textualmente que en América Latina los índices de pobreza femenina son elevados, pero son aún más altos entre las afrodescendientes en los Estados Unidos. El 37% de los hogares en los que una mujer afroamericana es cabeza de familia vive por debajo del umbral de pobreza. Las niñas y mujeres afro-canadienses y de los pueblos indígenas, tienen menos oportunidades de recibir instrucción y obtener buenos resultados académicos (7).

En este mismo documento (7) Kate Gilmore, Alta Comisionada Adjunta de la ONU para los Derechos Humanos, ha señalado que las mujeres afrodescendientes suelen tropezar con obstáculos derivados tanto de su etnia como de su género. Hay que recordar, honrar y celebrar los logros de las mujeres afrodescendientes, alcanzados a pesar de las cadenas, por invisibles que estas puedan ser. Las mujeres afroamericanas siguen prosperando, con singularidad, talento y resiliencia. A pesar de las dificultades, oposición y marginación, vienen dejando huella en la ciencia, el desarrollo, el deporte, el derecho, la familia, el arte, la política y el activismo.

Pese a esos triunfos y adelantos alcanzados en cuanto a derechos humanos por las propias mujeres de las etnias afrodescendientes, es necesario puntualizar que en medio de la realidad cotidiana hay permanencia de símbolos, elementos e iniciativas que fomentan y soportan la discriminación contra las mujeres afrodescendientes, sin importancia alguna en cuanto a edad o a condiciones de vida.

Las mujeres afrodescendientes también suelen ser víctimas de discriminación en cuanto a investigación en salud y en atención sanitaria. Suelen sufrir de falta de efectividad en su derecho a la salud. Las afroamericanas (término utilizado para identificar a las mujeres descendientes de africanos nacidas en Estados Unidos) y las afrodescendientes (mujeres descendientes de africanos nacidas en otros países de América diferentes a Estados Unidos) no suelen tener acceso a una suficiente atención médica preventiva o a tratamientos básicos de atención primaria, comunitaria o especializada, y esto impacta de manera muy negativa la salud en general, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Las mujeres afrobrasileñas tienen tres veces más de probabilidad de muerte durante el parto que las de la raza blanca, por la mala calidad de atención prenatal que reciben. Existe importante carencia de información sobre los diferentes aspectos de la calidad de vida en salud, sobre la prevención de diferentes enfermedades, sobre las estrategias de atención e intervención y, en fin, en todo lo referente a la salud biopsicosocial de las mujeres afrodescendientes que se encuentran en etapa vital de climaterio y menopausia, como las que hacen parte de la etapa de adulto mayor.

El Decenio para los Afrodescendientes [2015-2024] y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, nos entregan a las comunidades de investigadores de todas las áreas del conocimiento ingredientes esenciales, así como oportunidades significativas para realizar transformaciones enérgicas y permanentes en el tiempo en beneficio de las comunidades afrodescendientes. Tal como señala la ONU, desde distintos puntos de vista, todos debemos fomentar y entregar de manera tangible y con resultados específicos insumos que respalden los derechos humanos a que tienen haber los afrodescendientes. Es necesario fragmentar

el legado de siglos de discriminación estructural basada fundamentalmente en aspectos como la raza y el sexo (1,2,3,5,6).

En las últimas dos décadas el Grupo de Investigación Salud de la Mujer ha priorizado los proyectos de investigación para evidenciar las problemáticas en salud de mujeres pertenecientes a comunidades afrodescendiente. Desde el 2004 está desarrollando el proyecto de investigación de inclusión prospectiva CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas], estudiando especialmente mujeres que se auto reconocen como afrodescendientes. Varios brazos de investigación se han derivado y un creciente número de publicaciones científicas, documentos técnicos, informes o boletines de prensa, piezas gráficas, videoclips y pódcast para profesionales de salud o comunidad en general, están disponibles. Todo ello articulado con los pronunciamientos que hacen parte del Decenio para los Afrodescendiente y para visibilizar los requerimientos sanitarios de las mujeres de dichas comunidades.

Una de nuestras más recientes publicaciones es el libro de investigación científica: *Síntomas menopáusicos, insomnio y disfunción del dormir en afrodescendientes colombianas* (8). El objetivo de dicho libro fue determinar los factores sociodemográficos e identificar los síntomas menopáusicos relacionados con el insomnio subjetivo y con los disturbios del dormir en mujeres climatéricas descendientes de africanos con edad entre 40 y 59 años, residenciadas en municipios del Urabá antioqueño colombiano. El estudio tomaba como elemento la importancia progresiva del tema debido a que la problemática actual del insomnio se ha incrementado con respecto a generaciones anteriores. Es bien conocido que los trastornos del sueño, insomnio, somnolencia diurna excesiva, apnea del sueño y otras condiciones mórbidas guardan relación con la alteración en la función cardiovascular, metabólica, social, familiar, laboral y mental, con un impacto adverso en la percepción de salud. En el libro se enfatiza que, estando históricamente las mujeres afrodescendientes en situación de desventaja al experimentar situaciones de discriminación, estigmatización, violencia física, psicológica, sexual y económica, así como bajo desigualdad en el entorno cultural y social, era de interés académico y sociopolítico explorar y estudiar si los síntomas menopáu-

sicos y el deterioro de la calidad de vida en salud de mujeres climatéricas afrodescendiente se relacionaban con la calidad del dormir y el insomnio. El libro puntualiza las cifras en cuanto a insomnio y el mal dormir de este grupo poblacional colombiano afrodescendiente. Entrega nuevos conocimientos sobre aspectos de la salud para que sean tomados por los entes gubernamentales y no gubernamentales al diseñar políticas de salud para la atención de mujeres climatéricas afrodescendientes.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer ha logrado publicar varios artículos científicos en revistas científicas indexadas. Se han explorado diferentes aspectos de la salud de mujeres afrodescendientes colombianas en menopausia y climaterio. Se han puntualizado hallazgos y realizado recomendaciones a los profesionales sanitarios para que tomen en consideración la etnia al momento de interrogar y examinar a sus pacientes en climaterio, ya que las mujeres afrodescendientes tienen consideraciones que son étnico específicas.

Se presentan a continuación los resúmenes de algunos artículos científicos que el Grupo de Investigación Salud de la Mujer ha publicado estudiando mujeres afrodescendientes y están enmarcados en la iniciativa del Decenio para los Afrodescendiente. Esos son los antecedentes del proyecto de investigación que han dado origen al contenido de este libro. Con los siguientes informes de investigación se busca construir y presentar un escenario biopsicosocial que hemos identificado entre las mujeres afrodescendientes colombianas, y se propone sea considerado pieza esclarecedora para identificar disturbios de salud que son partícipes o son variables de interés dentro de la afectación mental en particular y en el bienestar en general de las mujeres de dicho grupo étnico. Además del resumen, se ha dejado un enlace activo para obtener el artículo completo. Se invita al lector a valorar detalladamente los resúmenes, donde obtendrá información global, y luego acceder a los artículos completos para encontrar conceptualización relevante y adquirir el marco conceptual suficiente que lo lleve a delimitar la magnitud de la sintomatología menopáusica de acuerdo con lo étnico. Se entregan ocho resúmenes que pertenecen al Proyecto de Investigación CAVIMEC.

[1] Evaluación del síndrome genitourinario de la menopausia con “*Vulvovaginal Symptoms Questionnaire*” en afrodescendientes del Caribe colombiano.

Objetivo. Estimar la prevalencia del síndrome genitourinario de la menopausia, establecer su repercusión en la sexualidad, en la vida emocional y su asociación con el estado menstrual y las etapas posmenopáusicas.

Material y Método. Estudio transversal efectuado en el 2019 en mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano, en etapa del climaterio, captadas en sus residencias y encuestadas con *Vulvovaginal Symptoms Questionnaire*. Se realizó regresión logística multivariada no ajustada: síndrome genitourinario de la menopausia y de sus repercusiones (variables dependientes), estado menstrual y etapas posmenopáusicas (variables independientes). Evaluación voluntaria anónima y con consentimiento informado.

Resultados. Se encuestaron 369 pacientes afrodescendientes del Caribe colombiano, con 49.1 ± 5.8 años. El 66,3% cursaba la posmenopausia temprana y 33,7% tardía. El 86,2% tenían actividad sexual. Los síntomas manifestados con más frecuencia fueron: irritación, prurito y sequedad vulvovaginal. El 23,3% (86 de 369) tenía síndrome genitourinario de la menopausia. El 14,0% de las mujeres con este síndrome, que mantenían actividad sexual, reportaron afectación del deseo sexual. En el 20,6% (14 de 68) se identificó afectación en la sexualidad. En 22,1% (19 de 86) se identificaron repercusiones adversas en la calidad de vida y en el 25,6% (22 de 86) en el área emocional. No se encontró asociación entre los estados menstruales, las etapas posmenopáusicas y el síndrome genitourinario de la menopausia ($p > 0,05$).

Conclusiones. Un porcentaje significativo (23,3%) de las mujeres encuestadas tenía síndrome genitourinario de la menopausia. El

20,0% de las afectadas expresó repercusiones en la sexualidad, en la vida diaria y en el estado emocional. En este grupo de mujeres afrodescendientes colombianas, residentes en los departamentos de Bolívar y Sucre, en la Región Caribe, y estando en etapa vital de climaterio, no se observó asociación entre los estados de la menopausia y el síndrome genitourinario de la menopausia (9).

Artículo publicado en la Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

Monterrosa-Castro Álvaro, Redondo-Mendoza Velia,

Monterrosa-Blanco Angélica

Ginecología Obstetricia México. 2021;89(2):115-128.

<https://doi.org/10.24245/gom.v89i2.4746>



[2] Aumento de los síntomas de la menopausia entre las mujeres afrocolombianas. Evaluado con MRS [Menopause Rating Scale].

Antecedentes. El aumento de la frecuencia y la gravedad de los síntomas de la menopausia se han asociado con la raza negra. Sin embargo, esta situación no ha sido descrita en ninguna población latinoamericana.

Objetivo. Comparar la frecuencia y severidad de los síntomas menopáusicos entre mujeres afrodescendientes y no afrodescendientes colombianas en etapa vital de climaterio.

Métodos. Estudio transversal. Se pidió a mujeres que se consideraron sanas y se auto reconocieron como afrodescendientes o no afrodescendientes, residentes en Colombia, con 40-59 años, que completaran el cuestionario *Menopause Rating Scale* (MRS) para identificar y comparar la frecuencia e intensidad de los síntomas de la menopausia.

Resultados. Se encuestaron 578 mujeres (201 afrodescendientes y 377 no afrodescendientes). La edad media de toda la muestra fue $47,9 \pm 5,9$ años (mediana 47), sin diferencias entre los grupos estudiados en cuanto a edad, paridad y uso de terapia hormonal. Se encontró que la intensidad de los síntomas de la menopausia, evaluada con la puntuación total de la MRS, era significativamente mayor entre las mujeres afrodescendientes ($10,6 \pm 6,7$ vs. $7,5 \pm 5,7$, $p=0,0001$), lo que se debió a mayores niveles en los puntajes de las escalas de manifestaciones somáticos y psicológicos. En este estudio se encontró que la frecuencia de síntomas somáticos, molestias cardíacas y problemas musculares y articulares, fue mayor en mujeres afrodescendientes que en mujeres no afrodescendientes ($38,8\%$ vs $26,8\%$ y $77,1\%$ vs $43,5\%$, respectivamente, $p<0,05$); igualmente, todos los ítems de la subescala psicológica (estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y agotamiento físico) también fueron más altos entre las mujeres afrodescendientes. Por otro lado, en comparación con las mujeres afrodescendientes, las no afrodescendientes presentaron más problemas de vejiga ($24,9\%$ vs. $14,9\%$, $p=0,005$). Después de ajustar por factores de confusión, el análisis de regresión logística determinó que la etnia afrodescendiente tuvo aumento en el riesgo de presentar puntajes MRS totales más altos, por tanto, peor calidad de vida. OR: 2.31 [IC95%:1.55-3.45], $p=0.0001$.

Conclusión. A pesar de las limitaciones de este estudio, según lo determinado con la MRS, las mujeres afrodescendientes exhibieron una calidad de vida más deteriorada en comparación con las no afrodescendientes, debido a una mayor tasa y gravedad de

los síntomas somáticos y psicológicos de la menopausia (10). Este artículo, derivado del proyecto de investigación CAVIMEC, fue el primero en señalar las diferencias en la calidad de vida de las mujeres colombianas según la etnia y dejó el mayor deterioro de la calidad de vida de las mujeres afrodescendientes frente a mujeres no afrodescendientes.

Artículo publicado en lengua inglesa en el Journal Europeo de Menopausia [Maturitas], bajo el título: Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale.

Monterrosa-Castro Álvaro, Blumel Juan Enrique, Chedrau Peter.

Maturitas 2008;59:182-190.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.12.002>



[3] Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano.

Introducción. Colombia es el tercer país americano con mayor población afrodescendiente, después de Estados Unidos y Brasil.

Objetivo. Calcular la prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes.

Metodología. Estudio transversal con el *Índice de Función Sexual Femenina* (IFSF) en mujeres afrodescendientes saludables (40-59 años), hijas de padres de raza negra, naturales de municipios del Caribe colombiano, voluntarias, anónimas y captadas en sus co-

comunidades. A mayor puntaje de la escala IFSF es mejor la sexualidad. La disfunción sexual se establece con puntaje total de 26,55 o menos.

Resultados. Se estudiaron 461 mujeres. 305 (66,2%) con actividad sexual, 70,8% premenopáusicas y 29,2% posmenopáusicas. Los puntajes promedio de los dominios fueron: deseo (4,1±1,1), excitación (4,4±1,0), lubricación (4,9±1,0), orgasmo (4,7±1,0), satisfacción (5,3±1,0) y dolor (4,3±1,5). La media del puntaje total fue 27,7±4,7 y la prevalencia de disfunción sexual 38,4%. El hábito de fumar OR:3,3 [IC95%:1,0-10,6], $p=0,041$ y la hipertensión arterial OR:2,2 [IC95%:1,1-4,4], $p=0,026$ incrementaron el riesgo de disfunción sexual, mientras que la escolaridad mayor de diez años OR:0,4 [IC95%:0,2-0,8], $p=0,003$ lo redujo. La prevalencia de disfunción sexual aumentó con el cambio en el estado menopáusico ($p<0,001$). Todos los dominios se deterioraron, excepto el dolor, con el paso a la posmenopausia ($p<0,001$).

Conclusión. En un grupo de mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano, en una de cada tres premenopáusicas y en la mitad de las posmenopáusicas se identificó presencia de disfunción sexual [11].

*Artículo publicado en la Revista Colombiana Iatreia,
Universidad de Antioquia.*

*Monterrosa-Castro Álvaro, Márquez-Vega Johmer, Arteta-Acosta Cindy.
IATREIA. 2014;27(1):31-41.*

Disponible en: https://grupodeinvestigacionisaluddelamujer.com/PDF/Femsalud/ARTICULOS_CIENTIFICOS/22_DISFUCI%C3%93N%20SEXUAL%20AFRO-DESCENDIENTES.pdf



[4] Manifestaciones menopáusicas y calidad de vida en afrocolombianas. Valoración con escala Cervantes.

Introducción. Las manifestaciones de la menopausia se deben estudiar tomando en consideración aspectos étnicos. Ello se deriva de estudios previos realizados con la escala MRS en población colombiana en las cuales hemos encontrado peor calidad de vida en mujeres afrodescendientes colombianas.

Objetivo. Identificar las manifestaciones menopáusicas más frecuentes y evaluar calidad de vida según estados menstruales, utilizando la escala Cervantes.

Metodología. Estudio que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas], realizado con Escala Cervantes, escala específica para valorar calidad de vida en la menopausia, diseñada y creada en lengua española. Se involucraron voluntariamente 646 mujeres afrocolombianas entre 40-59 años, residentes en poblaciones urbanas y rurales del Caribe colombiano (departamentos de Bolívar, Sucre, Córdoba y Magdalena) y el Pacífico colombiano (departamento del Valle del Cauca).

Resultados. Edad promedio $48,7 \pm 5,7$ años, 69,1% con obesidad/sobrepeso, 22,7% con estudios tecnológicos o universitarios y 40,5% posmenopáusicas. Las manifestaciones menopáusicas más frecuentes fueron: oleadas de calor, 76,4%; sofocaciones, 73,1%; dolor músculo/articular, 71,3%; no conseguir dormir satisfactoriamente, 61,8%; sudoración sin esfuerzos, 55,8%; sequedad de piel, 50,4% y cefalea que aumentaba durante el día, 44,2%. La tercera parte no podían por los nervios, las cosas le aburrían, perdieron la capacidad de relajarse o notaban que todo le daba vueltas. El 24,4% tenía menos interés en el sexo y 14,4% tenía sexualidad nada importante. Las posmenopáusicas tuvieron peor puntuación en la mayoría de

las manifestaciones y en los dominios salud, psíquico, sexualidad, relación de pareja, vasomotores, salud, envejecimiento y global.

Conclusión. Oleadas de calor, sofocaciones y dolor músculo/articular fueron las manifestaciones más frecuentes y fueron informadas por siete de cada diez mujeres afrodescendientes. Las mujeres afrodescendientes posmenopáusicas tuvieron peor calidad de vida. El estudio ratifica la pobre calidad de vida que tienen las mujeres afrodescendientes colombianas y recomienda que las mujeres en climaterio y menopausia al acudir a consulta, sin diferencias de nivel de complejidad o de profesional de salud, sean adecuadamente evaluadas y posteriormente referidas oportunamente, informadas y adecuadamente orientadas [12].

Artículo publicado en la Revista Colombiana Iatreia, Universidad de Antioquia.

Monterrosa-Castro Álvaro, Durán-Méndez Leidy, Salgado-Madrid Marlon. Iatreia. 2017;30(4):376-390.

<https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n4a03>



[5] Factores asociados a dolores musculares y articulares en mujeres afrodescendientes climatéricas.

Objetivo. Estimar la frecuencia de los dolores musculares y articulares e identificar si otros síntomas menopáusicos, la edad, la condición nutricional, el riesgo metabólico y el estado menopáusico, fueron factores asociados a los dolores musculares y articulares.

Métodos. Estudio transversal que hace parte del proyecto CAVIMEC (Calidad de vida en la menopausia y Etnias Colombianas), realizado en climatéricas afrodescendientes, edad entre 40-59 años y residentes en el Caribe colombiano. Fueron encuestadas en sus propias residencias, previo consentimiento informado. Se aplicó *Menopause Rating Scale*, herramienta que explora onces síntomas menopáusicos. Se realizó regresión logística y se estimó el coeficiente de correlación de Spearman. El valor de $p < 0,05$ fue estadísticamente significativo.

Resultados. Se estudiaron 420 mujeres. Edad: $50,0 \pm 6,1$ años. El 22,8% posmenopáusicas y el 82,8% con obesidad abdominal; 243 (57,9%) presentaban dolores musculares y articulares. Todos los síntomas menopáusicos fueron más frecuentes entre las mujeres con dolores musculares y articulares: estado de ánimo depresivo OR:4,20 [IC95%:1,55-11,74], edad 50-54 años OR:3,68 [IC95%:1,53-8,82], palpitaciones cardiacas OR:3,00 [IC95%:1,51-5,98], edad 55-59 años OR:2,48 [IC95%: 1,08-5,64] y oleadas de calor OR:1,92 [IC95%:1,11-3,31] se asociaron con dolores musculares y articulares. Igual se observó al correlacionar la puntuación entre dolores musculares y articulares con el perímetro abdominal, Rho:0,322 [IC95%: 0,233 a 0,405] y con el perímetro de la cadera Rho: 0,318 [IC95%: 0,229 a 0,401].

Conclusión. Más de la mitad de las mujeres presentaron dolores musculares y articulares, por lo tanto, se considera elevada la frecuencia de esta manifestación menopáusica. El envejecimiento, síntomas psicológicos y síntomas somato-vegetativos, así como el perímetro abdominal y de la cadera, se asociaron significativamente con los dolores musculares y articulares en este grupo de mujeres afrodescendientes [13]. Este artículo fue el primer artículo derivado del proyecto de investigación factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano, que ha dado origen a este libro.

Publicado en la Revista de la Sociedad Venezolana de Ginecología y Obstetricia.

Monterrosa-Castro A, Romero-Martínez G, Monterrosa-Blanco A.

Revista Obstetricia Ginecología de Venezuela. 2022;82(1):47-58.

<https://doi.org/10.51288/O0820107>



[6] Calidad de vida y obesidad central en mujeres afrocolombianas

Antecedente. A solicitud del periódico institucional de la Universidad de Cartagena, Universo U, se escribió un artículo dirigido a los estamentos universitarios y a la comunidad académica en general, derivado de una ponencia presentada a estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

Contextualización. La obesidad es problema creciente con importante impacto negativo en varias condiciones humanas, especialmente la calidad de vida. Es tal la presencia de la obesidad, que varios autores han señalado que más de 1.600 millones de adultos tienen índice de masa corporal (una relación entre el peso y la talla) por encima de lo normal. Más de trecientos millones de hombres y cerca de quinientos millones de mujeres están en condición de obesidad. Es preocupante que un elevado porcentaje de esas cifras están en obesidad mórbida o grave, que se constituye en un importante factor asociado al riesgo de muerte a temprana edad.

La obesidad es creciente y afecta a prácticamente todos los países del mundo, por lo cual es considerada un problema de salud pública. Pese a numerosas campañas universales, especialmente

las referentes a los hábitos alimentarios, la obesidad en general y específicamente la obesidad central, están en constante crecimiento. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia estimó que, en el año 2005, el 49,6% de las mujeres de 18-64 años, no embarazadas, presentaban sobrepeso u obesidad, cifra que se incrementó al 68.4% en la encuesta del año 2010. Esas cifras ameritan acciones y programas de educación, campañas de atención primaria en salud con miras a colocar en marcha planes de medicina preventiva, así como labores de rehabilitación, para reducir los riesgos de enfermedad que se derivan de la obesidad.

Impactos. Existen varias formas para establecer la presencia de obesidad, siendo una de las más importantes, la identificación de la obesidad central. Ella se establece realizando medición del perímetro de la cintura a nivel de la cicatriz umbilical. Se considera que en las mujeres existe obesidad central, cuando la medición del perímetro abdominal es superior a 88 centímetros. Una medición de perímetro abdominal superior a 100 centímetros en el varón también define la existencia de obesidad central. No obstante, recientemente se están realizando propuestas para considerar obesidad central con mediciones inferiores. El perímetro abdominal permite identificar el contenido de grasa en el abdomen, o sea alerta sobre la acumulación de células de grasa a nivel visceral. Establecer la obesidad central es muy importante ya que la grasa abdominal es mucho más dañina que la grasa periférica, la cual se logra establecer por el peso y otros cálculos como el índice de masa corporal. La grasa dentro del abdomen es metabólicamente más activa que la grasa de la periferia y se ha observado que a mayor grasa abdominal se aumentan el riesgo para muchas enfermedades, sobre todo las cardiovasculares como la hipertensión arterial, el infarto del corazón, las hemorragias y las trombosis cerebrales. También se aumenta el riesgo de diabetes y todas sus consecuencias. En Colombia se ha señalado que la proporción de obesidad central aumenta con la edad, cambiando desde el 62,0%

en población de 40-49 años, al 86,0% en el rango 50-64 años. Ello debe ser una situación para tener en cuenta por los profesionales de la salud, los entes gubernamentales e incluso por la población en general. Es importante el estudio de las mujeres en el rango 40-59 años, lapso conocido también como la etapa del climaterio, la cual lleva en su interior a la menopausia, o sea la última menstruación. Existe un llamado a nivel internacional para estudiar los diferentes eventos, situaciones o enfermedades que contribuyen a la afectación de la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en esta etapa vital.

Afrodescendientes colombianas. Coherente con lo anterior, el Grupo de Investigación Salud de la Mujer realizó un estudio en 461 mujeres que participaron voluntaria y anónimamente, que se auto reconocieron como afrodescendientes, hijas de padre y madre de raza negra, residentes en municipios colombianos que son considerados asentamiento de descendientes de esclavos africanos traídos durante la época de la colonia. Las mujeres identificadas e invitadas a participar fueron encuestadas puerta a puerta en sus viviendas, por visita realizadas por profesionales capacitados. Encontraron los autores que la mitad de las mujeres a estudiar tenía sobrepeso y el 23% obesidad. El promedio del perímetro abdominal para todas las mujeres estudiadas fue de 83 centímetros. De las 461 participantes, a 161 (34,9%) se les encontró obesidad central mientras que 300 (65,0%) no la presentaban. Este hallazgo se debe considerar preocupante. Prácticamente una de cada tres mujeres afrocolombianas estudiadas que estaban en etapa del climaterio, con edad promedio de solo 50 años, presentaban obesidad central. Esa característica las colocaba a su vez en condición de riesgo cardiovascular. El síntoma menopáusico más frecuentemente señalado por la población de estudio fueron las oleadas de calor, seguido de los problemas músculo articulares y el agotamiento físico y mental. Se observó ese mismo orden tanto en mujeres con o sin obesidad central. Además, la magnitud de

los síntomas menopaúsicos fue igual tanto en mujeres con obesidad central como en las que no la presentaban. No se encontraron diferencias en los once síntomas menopaúsicos evaluados, al comparar mujeres con obesidad central vs sin obesidad central. De ello se puede derivar que la frecuencia de los síntomas menopaúsicos no se altera con la existencia de obesidad central. Se estimó correlación positiva débil entre obesidad central y estado de ánimo depresivo, lo cual debe alertar a que el incremento en la medición del perímetro abdominal se acompañe de mayor número de condiciones de estado de ánimo depresivo. Aquellas mujeres con obesidad central deben acudir a valoración que ponga de manifiesto si existen comportamientos de tipo depresivo que ameriten la puesta en práctica de intervenciones médicas que involucren medicamentos o la aplicación de diversas acciones terapéuticas. Otro de los principales resultados del estudio en estas mujeres afrodescendientes fue que la obesidad central se asoció a dos veces mayor presencia de deterioro severo psicológico, especialmente mayor presencia de estado de ánimo depresivo. A su vez, se encontró la existencia de dos veces mayor deterioro severo de la calidad de vida entre las mujeres que presentaban obesidad central, al comparar con las mujeres que no la tenían. Este hallazgo de peor calidad de vida en las mujeres con obesidad central ha sido señalado en comunidades de países desarrollados.

Conclusión. El presente es al parecer uno de los primeros estudios en señalar la peor calidad de vida que tienen las mujeres colombianas con obesidad pertenecientes a comunidades afrodescendientes. Se resalta especialmente que en el grupo de estudio que involucró mujeres afrodescendientes colombianas se identificó efecto adverso de la obesidad central sobre la calidad de vida y sobre algunos de los componentes de la dimensión psicológica. Hallazgos que soportan la realización del estudio sobre salud mental entre mujeres afrodescendientes.

Artículo dirigido a la comunidad universitaria.

Publicado por el periódico Universo U de la Universidad de Cartagena

Monterrosa-Castro Álvaro. Septiembre-2016.

Disponible en:

https://grupodeinvestigacionosaluddelamujer.com/PDF/Femsalud/ARTICULOS_BOLETINES_PRENSA/2016_09%20%2016_CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20OBESIDAD%20AFROCOLOMBIANAS%20UNIVERSO%20U.pdf



[7] Obesidad abdominal, síntomas menopáusicos y calidad de vida en mujeres de una comunidad afrodescendiente en el Urabá antioqueño

Objetivo. Correlacionar síntomas menopáusicos con medición de circunferencia abdominal e identificar si la obesidad abdominal fue un factor de riesgo asociado para deterioro severo de la calidad de vida.

Metodología. Estudio transversal en mujeres afrodescendientes de 40-59 años y residentes en el Urabá Antioqueño. La participación fue voluntaria y anónima, previa firma del consentimiento informado. Se aplicó un formulario especialmente diseñado que tomaba características sociodemográficas y aplicaba la escala *Menopause Rating Scale* (MRS). Se realizaron medidas antropométricas. Obesidad abdominal se definió cuando la circunferencia abdominal fue mayor o igual a 88 cm, siguiendo recomendaciones del ATP-III. A mayor puntuación de los ítems, dominios y valor total de la escala MRS, se establece mayor severidad de los síntomas, deterioro del dominio y de la calidad de vida. El análisis estadístico se realizó con los programas Epi-info 7.0 y MedCalc.

Resultados. 461 mujeres afrodescendientes por auto reconocimiento y residentes en el Urabá antioqueño fueron incluidas en el estudio. Se encontró obesidad abdominal en 161 (34.9%), mientras que no la presentaban 300 (65.1%). La edad promedio fue 50.2 ± 5.4 años y el IMC 27.6 ± 4.5 kg/m². Se correlacionaron la puntuación de la circunferencia abdominal, con la puntuación del estado de ánimo depresivo, $r = 0,0919$ [IC95%: 0,0006 a 0,1817] y con la puntuación del dominio psicológico, $r = 0,1012$ [IC95%: 0,0099 a 0,1907] $p < 0,05$. Se asociaron con obesidad abdominal: deterioro severo somático, OR: 1.85 [IC95%: 1.03-3.32]; deterioro severo psicológico, OR: 2.00 [IC95%: 1.08-3.70] y deterioro severo de la calidad de vida, OR: 2.00 [IC95%: 1.24-3.21], siendo significativa la asociación estadística en las tres situaciones, $p < 0.05$. En cambio, no se observó asociación significativa entre obesidad central y deterioro severo urogenital, OR: 1.13 [IC95%: 0.74-1.70].

Conclusión. La medición de la circunferencia abdominal se correlacionó con la evaluación del estado de ánimo depresivo y con la del dominio psicológico de manera positiva, pero débil. La obesidad abdominal se asoció a dos veces a mayor frecuencia de deterioro severo psicológico y deterioro severo de la calidad de vida.

Ponencia presentada en formato de poster en Congreso nacional Monterrosa-Castro Álvaro, Portela-Buelvas Katheryn, Parra-Almeida Sally, Galofre-Martínez Lucía, Benavides-Nieves José. 2017

Disponible en:

https://grupodeinvestigacionaluddelamujer.com/PDF/Femsalud/posters/17_02_OA%20EN%20AFRO%20DEL%20URABA%20ANTIOQUE%-C3%91O.pdf



[8] Trastorno del deseo sexual hipoactivo y mujeres Climáticas afrocolombianas

Objetivo. Establecer la prevalencia del deterioro severo de la calidad de vida y de síntomas menopaúsicos en mujeres afrocolombianas climáticas con trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH).

Metodología. Estudio transversal realizado en 861 mujeres afrodescendientes naturales y residentes en la Costa Caribe y Pacífica colombiana. Edad entre 40-59 años. Fueron valoradas con *Menopause Rating Scale* (MRS) e *Índice de Función Sexual Femenina* (IFSF). El análisis estadístico se realizó con Epi-info 7.0. El Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo (TDSH) se define como una puntuación <5 en la sumatoria de los ítems 1 y 2 del IFSF. Deterioro severo de la calidad de vida puntuación total >16 con MRS. Estudio voluntario, anónimo, sin riesgos y realizado en la comunidad, todas las mujeres informaron tener actividad sexual en las últimas cuatro semanas. Estudio avalado por el Comité de Ética de la Universidad de Cartagena.

Resultados. Edad media: 48.4 ± 5.5 . No tenían TDSH 561 (65.2%) mujeres y si lo presentaban 300 (34.8%). Entre las participantes con TDSH se observó peor puntuación en molestias cardíacas, trastornos del sueño, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico/mental, problemas sexuales, problemas de vejiga, sequedad vaginal y molestias musculo articulares, que entre las mujeres que no presentaban TDSH. No se observaron diferencias significativas en cuanto a oleadas de calor. Una mayor frecuencia de mujeres con TDSH presentaron deterioro somático vegetativo, psicológico, urogenital y de calidad de vida, al comparar con mujeres sin TDSH, la diferencia fue estadísticamente significativa.

Conclusión. En un grupo de mujeres afrocolombianas con TDSH se observó significativamente peor calidad de vida y mayor prevalencia de todos los síntomas menopaúsicos, excepto oleadas de calor, al comparar con mujeres que no presentaban TDSH.

*Ponencia Presentada en formato de poster
en Congreso nacional*

*Monterrosa-Castro Álvaro, Arteta-Acosta Cindy, Portela-Buelvas Katheryn,
Hernández-Pinilla Katherine, Dávila-Ruiz Raúl.*

2017

Disponible en:

https://grupodeinvestigacionisaluddelamujer.com/PDF/Femsalud/posters/17_02_TRASTORNO%20DEL%20DESEO%20SEXUAL%20HIPOACTIVO%20AFRODESCENDIENTES.pdf



También contribuyen a mirar más ampliamente el panorama de la salud global de las mujeres afrocolombianas, otras ponencias que el Grupo de Investigación ha presentado en diferentes escenarios. Se invita al lector a visitar cada una de dichos estudios que hemos presentado como ponencias o conferencias en escenarios científicos nacionales o internacionales para divulgar resultados entre profesionales del área de la salud, las cuales están listadas en el Cuadro 2. Se presenta títulos, ponentes y eventos científicos en los cuales se presentaron los trabajos o ponencias. Se dejan activos los enlaces, los cuales permiten llegar a los lugares virtuales donde se encuentran alojadas las publicaciones.

La intención de esta forma de difusión es entregar los resultados obtenidos sobre climaterio y menopausia entre mujeres afrocolombianas, en el formato original en que fueron difundidos, mientras se profundiza conceptualmente y se incrementa suficientemente el marco de las situaciones biopsicosociales y ambientales, que son elementos involucrados dentro de la percepción de bienestar y calidad de vida que tienen las mujeres en etapa de climaterio.

Cuadro 2
Ponencias o conferencias para divulgar resultados de estudios de investigación realizados por el Grupo de Investigación Salud de la Mujer en mujeres afrodescendientes sobre temas en relación con la salud biopsicosocial

Título – Presentadores	Evento	Disponible
<p>Función sexual en afrodescendientes climatéricas con síntomas urogenitales severos. Evaluación con la versión abreviada del <i>Índice de Función Sexual Femenina</i>.</p> <p>Romero-Martínez S, Monterrosa-Castro A, Mercado-Lara M.</p>	<p>VII Encuentro Conjunto de Investigadores. Universidad de los Andes. Bogotá. Colombia. Octubre. 2020.</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=CE-G3ElafUu8</p>
<p>Assessment of genitourinary syndrome of menopause in Colombian afro descendant women using the <i>Vulvovaginal Symptoms Questionnaire</i>.</p> <p>Redondo-Martínez V, Monterrosa-Castro A, Monterrosa-Blanco A.</p>	<p>Gynecological Endocrinology: the 19° World Congress. ISGE – International Society of Gynecological Endocrinology. Florencia. Italia. Diciembre. 2020.</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=KL-Gtflq4Ww</p>
<p>Menopause symptoms and quality of life according to the presence of alterations in genital lubrication study in climacteric afro descendant women.</p> <p>Monterrosa-Blanco A, Monterrosa-Castro A.</p>	<p>Gynecological Endocrinology: the 19° World Congress. ISGE – International Society of Gynecological Endocrinology. Florencia. Italia. Diciembre. 2020.</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=-dAaR1XotXfc</p>
Continúa ...		

Continuación		
Título – Presentadores	Evento	Disponible
Factores asociados a tres síntomas menopáusicos en afrocolombianas con la <i>Escala Cervantes</i> , versión abreviada de diez preguntas. Monterrosa-Castro A, Quintero-Guardo F, Duran-Méndez L.	XIII Congreso Colombiano de Menopausia Pereira. Colombia. Mayo. 2019.	https://www.grupo-deinvestigacionsaludelamujer.com.co/PDF/Femsalud/conferencias/TRES%20SINTOMAS.pdf
Incontinencia urinaria en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe colombiano. Portela-Guardo K, Monterrosa-Castro A, Monterrosa-Blanco A.	XIII Congreso Colombiano de Menopausia Pereira. Colombia Mayo. 2019.	https://www.youtube.com/watch?v=r-3BakeH4TmA
El trastorno del comportamiento alimentario se asoció con estado de ánimo depresivo en mujeres climatéricas afrodescendientes de la Región Caribe colombiana. Rosales-Becerra A, Monterrosa-Castro A.	VI Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación en Ciencias de la Salud. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. FUCS. Bogotá. Colombia. 2022.	https://www.youtube.com/watch?v=5S-G9RRvIfLc
¿Cuánto es la asociación entre los síntomas de ansiedad con otras manifestaciones menopáusicas en afrodescendientes colombianas? Romero-Martínez G, Monterrosa-Castro A.	VI Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación en Ciencias de la Salud. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. FUCS. Bogotá. Colombia. 2022.	https://www.youtube.com/watch?v=kb-uDR32X1I

Continúa ...

Continuación		
Título – Presentadores	Evento	Disponible
<p>Estimar la asociación entre el estado metabólico y nutricional con el síntoma menopáusico cansancio físico/mental en mujeres climatóricas afrodescendientes de la Región Caribe colombiana.</p> <p>Daza-Daza V, Monterrosa-Castro A.</p>	<p>XIV Congreso Colombiano de Menopausia. [Evento Virtual]. 2021.</p>	<p>https://www.youtube.com/watch?v=5Z-t6iPAnY7A</p>

Estrategias para sensibilizar a los médicos y a las mujeres afrodescendientes sobre el climaterio y la menopausia

Uno de los propósitos esenciales del Grupo de Investigación Salud de la Mujer es sensibilizar a los médicos y también a las mujeres en general sobre los aspectos médicos y sociales que están en torno a la menopausia y climaterio. El proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas], en línea con lo anterior, divulga sus resultados tanto en ámbitos académicos científicos como en eventos de tipo comunitario y utiliza los medios de prensa de circulación general. Por estas razones, y por la estructuración de todos sus brazos de estudio, el proyecto de investigación CAVIMEC está articulado con las conceptualizaciones de la Apropriación Social del Conocimiento. El proyecto CAVIMEC sigue evaluando diferentes aspectos de la salud en mujeres afrodescendientes colombianas. Uno de ellos es el referente a la salud mental que ya está entregando resultados, mientras que los de salud cognitiva y envejecimiento están en trabajo de campo.

Este libro es el producto final de la evaluación de la salud mental en mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano y, al igual que todos los proyectos en mujeres de dicha etnia, están enmarcados dentro de la iniciativa del Decenio para los Afrodescendientes. Otras presentaciones

diferentes a las aquí señaladas con resultados de estudios en afrodescendientes, están disponibles en las pestañas: “conferencias”, “poster” y “videos” en la página web del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. En todas las conferencias o reuniones con profesionales de la salud, se realiza la invitación a visitar, leer o descargar libremente el material científico publicado.

https://www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com.co/Html/html_femsalud/conferencias.html

Además, el Grupo de Investigación Salud de la Mujer prioriza la entrega de boletines o materiales de prensa derivados de la información científica obtenida y presentada en escenarios académicos. Se realiza permanentemente información y educación hacia la comunidad en general, utilizando los medios de comunicación tradicionales y las redes sociales. Se utilizan fechas conmemorativas para realizar esas acciones, una de las fechas en las cuales se adelanta importante actividad de concientización es en el Día Internacional de la Menopausia. Un ejemplo de esas actividades realizadas se muestra en la Figura 2.

Estos ejemplos son esfuerzos e intentos que realiza el Grupo de Investigación Salud de la Mujer para visibilizar en ámbitos técnicos y científicos los hallazgos de diferentes alteraciones de la salud que presentan mujeres colombianas afrodescendientes. Se busca aportar elementos que contribuyan a reducir la discriminación y el abandono como sujetos de investigación a que han sido sometidas por muchos años las mujeres afrodescendientes. Aplicar a las mujeres afrodescendientes los resultados de investigación realizadas en mujeres de otras latitudes, de otras etnias, otras culturas y otros estilos de vida, es también violentar sus derechos humanos, es discriminatorio y atenta contra la verdad de sus condiciones de salud. Realizar extrapolaciones a las mujeres climatéricas afrodescendientes lo identificado en mujeres caucásicas, no es correcto. Factores genéticos, nutricionales, estilos de vida, socioeconómicos, culturales e influencias ambientales, participan en la frecuencia de los síntomas menopaúsicos y en el deterioro de los órganos y sistemas y, por tanto, en la percepción de bienestar y calidad

18 de octubre
Día mundial de la
MENOPAUSIA

Valentina
informa

Aportamos conocimiento científico en pro de mejorar la calidad de vida de la mujer colombiana

La menopausia no debe ser herramienta de discriminación

La menopausia es un instante normal que se puede acompañar de síntomas que tienen tratamiento

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
"SALUD DE LA MUJER"

GRUPO DE INVESTIGACIÓN
"SALUD DE LA MUJER"

Figura 2. Conmemoración del Día Mundial de la Menopausia. Campaña de sensibilización a la ciudadanía sobre la importancia de la Menopausia y el climaterio. Se fundamentó el valor de la medicina preventiva. Grupo de Investigación Salud de la Mujer. 2022.

de vida. Establecer las cifras para las comunidades afrodescendientes de las circunstancias que están en relación con la salud y enfermedad, darlas a conocer en ámbitos científicos y de prensa, así como realizar las recomendaciones sanitarias basadas en los hallazgos de las investigaciones adelantadas específicamente en afrodescendientes, se articula con los preceptos que hacen parte del Decenio para los Afrodescendientes (1,2,3).

Acciones científicas en salud y enfermedad se deben sumar a las medidas legislativas que impiden la discriminación racial, penalizan la jerarquización de los perfiles étnicos raciales o fomentan el acceso de las comunidades afrodescendientes a la educación y al mercado laboral. Todos los ciudadanos deben realizar acciones para fortalecer el respeto mutuo entre las diferentes etnias. Coherentemente con ese respeto, dentro de la arquitectura de esta mirada a la afectación de la salud mental de las mujeres afrodescendientes, se realizó estudio de la literatura científica, social y sanitaria, presentando en el siguiente capítulo las piezas centrales del escenario sociohistórico en que se mueven las mujeres climáticas afrodescendientes.

Referencias

1. United Nations. International Decade for People of African Descent 2015-2024. [Internet]. Febrero-25-2024. Disponible en: [International Decade for People of African Descent | United Nations](#)
2. UNESCO. International Decade for People of African Descent (2015-2024). [Internet]. Febrero-25-2024. Disponible en: <https://www.unesco.org/en/decades/people-african-descent>
3. UNICEF. Rosa Parks: Un asiento reservado a los derechos humanos. [Internet] Febrero-23-2024. Disponible en: <https://www.unicef.es/educa/blog/rosa-parks-asiento-reservado-derechos-humanos>

4. United Nations. The Ark of Return – The Permanent Memorial to Honors the Victims of Slavery and the Transatlantic Slave Trade at the United Nations. [Internet]. Febrero-23-2024. Disponible en: [Permanent Memorial to Honour the Victims of Slavery and the Transatlantic Slave Trade at the United Nations | United Nations](#)
5. Naciones Unidas. Programa de difusión sobre la trata transatlántica de esclavos y la esclavitud. [Internet]. Febrero-25-2024. Disponible en: [2020: "Confronting Slavery's Legacy of Racism Together" | Naciones Unidas](#)
6. Naciones Unidas. Programa de difusión sobre la trata transatlántica de esclavos y la esclavitud. Ciclos de Cine [Internet]. Febrero-25-2024. Disponible en: [Film Screening | Naciones Unidas](#)
7. Naciones Unidas. Publicación del Departamento de Comunicación Global y de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Derechos humanos de las niñas y las mujeres afrodescendientes: logros y triunfos [Internet]. Febrero-25-2024. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/stories/2018/03/human-rights-women-and-girls-african-descent-achievements-and-triumphs>
8. Monterrosa-Castro A, Parra-Almeida S. Síntomas menopáusicos, insomnio y disfunción del dormir en afrodescendientes colombianas. 2021. Editorial Universitaria. Cartagena, Colombia. Disponible en: [SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS, INSOMNIO Y DISFUNCIÓN DEL DORMIR EN AFRODESCENDIENTES COLOMBIANAS.pdf \(grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com.co\)](#)
9. Monterrosa-Castro Á, Redondo V, Monterrosa-Blanco A. Evaluación del síndrome genitourinario de la menopausia con el Vulvovaginal Symptoms Questionnaire en afrodescendientes del Caribe colombiano. Ginecol Obstet Mex. 2021;89(2):115-128. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i2.4746>
10. Monterrosa-Castro A, Blumel 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. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.12.002>

11. Monterrosa Á, Márquez J; Arteta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia*. 2014 Ene-Mar 27(1):31-41. https://www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com.co/PDF/Femsalud/ARTICULOS_CIENTIFICOS/22_DISFUNCION%20SEXUAL%20AFRODESCENDIENTES.pdf
12. Monterrosa A, Durán LC, Salgado M. Manifestaciones menopáusicas y calidad de vida en afrocolombianas. Valoración con escala Cervantes. *Iatreia*. 2017 Oct-Dic;30(4):376-390. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n4a03>
13. Monterrosa A, Romero G, Monterrosa A. Factores asociados a dolores musculares y articulares en mujeres afrodescendientes climatéricas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2022;82(1):47-58. <https://doi.org/10.51288/00820107>





CAPÍTULO II

CONSIDERACIONES SOCIOHISTÓRICAS EN QUE SE MUEVEN LAS MUJERES AFRODESCENDIENTES COLOMBIANAS

Las afectaciones en salud en general y en salud mental que presentan las mujeres afrodescendientes no está limitado al ámbito de la salud *per se*. Este grupo étnico tiene situaciones y vivencias ancestrales únicas y específicas que siempre se deben tener presentes dentro de los espacios clínicos integrales, vinculantes e inclusivos. Aspectos sociohistóricos e epigenéticos son aristas que, a pesar de estar presentes y a la vista, suelen ser esquivadas o deliberadamente no consideradas.

El término afrodescendiente se refiere a los descendientes de los africanos que fueron traídos de diferentes regiones de África en condición de

esclavitud y son nativos o residentes en países de América, diferentes a Estados Unidos. Los autores norteamericanos han tomado el término afroamericano para denominar a los descendientes de los esclavos africanos que nacieron o residen en el territorio de los Estados Unidos de Norteamérica (1).

El Censo Nacional Colombiano de Población y Vivienda del año 2018 realizado por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) informó que la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera era de 4.671.160 ciudadanos y el 51,2% correspondía a mujeres. La distribución de ellos estaba principalmente asentada en los departamentos geográficos del Valle del Cauca, Chocó, Bolívar y Antioquia, aunque en todos los departamentos del territorio colombiano hay presencia de dichas comunidades (2).

Para comprender suficientemente la problemática de salud que envuelve a la mujer afrodescendiente colombiana, obliga no solo conocer sobre aspectos biológicos y fisiopatológicos (3,4). El marco y las dimensiones sociológicas, así como la historiografía de los pueblos y de las poblaciones se deben tener siempre presentes (1,4). Antes de elaborar recomendaciones sanitarias a los médicos o enfermeras que atienden mujeres en climaterio y menopausia, o sugerir guías de atención o protocolos para intervenciones terapéuticas, se debe haber realizado una suficiente lectura de las influencias sociales y culturales. Los mitos diversos, las creencias que sirvieron para aliviar o evitar el impacto negativo de las circunstancias de vida, las preferencias cotidianas y los estilos de vida que se transmiten generacionalmente, pueden hacer presencia convertidos en factores de riesgo para el deterioro de la salud, causar o relacionarse con diversas morbilidades severas e incluso con mortalidad a temprana edad (3,5,6).

Seguidamente se hacen algunas anotaciones muy panorámicas de algunas cargas psicobiológicas que están presentes entre las comunidades de mujeres afrodescendientes colombianas, y son elementos de interés por la afectación que generan en la percepción de bienestar y en el ámbito de la salud.

El contexto sociocultural

Las mujeres, a través de los años, han estado ganando importante protagonismo en los diferentes escenarios a nivel mundial, nacional y local. Cada día se están alejando más del anonimato del pasado y a diario están construyendo un empoderamiento femenino que está siendo determinante en la construcción de la historia de la humanidad. No han estado distantes a estos logros y posicionamiento las mujeres afrodescendientes colombianas y han escalado sitios de interés en todos los ámbitos sociales, culturales, políticos y de dirigencia. Muchas mujeres afrodescendientes colombianas que cursan la etapa de climaterio y menopausia son puntos de referencia en diversas esferas de la vida nacional y su empoderamiento y dedicación son ejemplos para nuevas generaciones de mujeres afrodescendientes e incluso para las que pertenecen a otras etnias mayoritarias o minoritarias. No obstante, son muchos los vacíos, grandes las necesidades insatisfechas en términos sociales o sanitarios, e importantes los espacios en los cuales no se brinda el adecuado reconocimiento (3,4,6).

Un alto porcentaje de comunidades de afrodescendientes, especialmente las mujeres, permanecen o están inmersas en condiciones de precariedad, siendo enfrentadas a dificultades de orden cultural y social que fueron heredadas del esclavismo y el colonialismo. Están inmersas en esa herencia indeseada, el machismo y otros ismos relacionados; la reducción de oportunidades educativas y laborales, la vulneración, la discriminación, el abandono social y las carencias de variados ordenes como la falta de adecuada inversión social estatal, los malos y costosos servicios básicos, así como el insuficiente saneamiento sanitario y ambiental (6,7). Por estas razones, las comunidades continúan la lucha por la causa negra, en especial la referente al bienestar de las mujeres en cuanto a salud sexual y reproductiva. De forma individual o jalonadas por movimientos sociales u organizaciones, las comunidades buscan promover la inclusión de las mujeres afrodescendientes colombianas para reivindicar su rol como mujer, rechazando los espacios de desigualdad social hacia ellas (8). Desde el Grupo de Investigación Salud de la Mujer se aportan proyectos de investigación científica que tienen

en cuenta el tejido sociocultural de las mujeres afrodescendientes y buscan ofrecer respuestas y sugerir recomendaciones en términos sanitarios habiendo articulado elementos biopsicosociales.

Los antecedentes de esclavitud y libertad

Para comprender aspectos de la salud y la enfermedad de las mujeres afrodescendientes colombianas actuales y de los elementos que hacen parte del desenvolvimiento de su vida, es menester retrospectivamente revisar la historia de la nación desde las épocas de la conquista. Con la intención de una pretenciosa e inhumana mayor eficacia en la extracción de las riquezas americanas se cumplió el desplazamiento en grandes masas de pobladores africanos dentro de la esclavitud transatlántica (5). La rápida disminución demográfica de la población nativa o aborígen a finales del siglo XVI debido a las permanentes guerras, a las epidemias causadas por microorganismo no endémicos que llegaron con las migraciones europeas, el trabajo forzado inhumano y la falta de organización social, económica, política y religiosa, es otra de las razones que se utilizaron para argumentar la implementación de la esclavitud africana (5,9). Si bien las mujeres llegaron en cantidades menores que los hombres, su introducción en estos territorios trajo consecuencias devastadoras en términos sanitarios y sociales. Fueron explotadas como objetos sexuales o de reproducción, fueron mano de obra y condicionadas a ejercer únicamente función como cocineras, lavanderas, niñeras o cuidadoras, roles que todavía se conservan en muchas regiones geográficas colombianas y latinoamericanas (1,6,9). Factores epigenéticos derivados de las condiciones de esclavitud, abandono, explotación y vulneración de muchos años involucrando varias generaciones, pueden explicar la severidad de algunas patologías altamente prevalentes o de evolución y curso severo en mujeres afrodescendientes colombianas, como los miomas uterinos y la hipertensión arterial crónica (10).

La primera ley proclamada en Colombia para la libertad de los esclavos fue en el año 1821 y correspondía a la denominada “Libertad de vientres”. Se buscaba mantener a los hijos de las mujeres esclavas bajo su dominio, hasta que el hijo cumpliera la mayoría de edad. También fue

creada la ley llamada “Libertad solo para esclavos ciudadanos”, de tal manera que los esclavos de las regiones mineras y de las haciendas continuaban en esclavitud (9).

La abolición de la esclavitud en el territorio que hoy es Colombia fue consagrada por medio de la Ley del 21 de mayo de 1851, bajo la presidencia de José Hilario López. Desde ese momento las personas afrodescendientes adquirieron los mismos derechos y obligaciones que la constitución y leyes colombianas garantizaban e imponían a los demás ciudadanos de Colombia. Sin embargo, luego de ser alcanzada la libertad las mujeres continuaron bajo el poder y ordenamiento del esposo, marginadas por muchos años del acceso a la libre y suficiente educación, a la esfera política, económica, social, y religiosa. Continuaron en casa por varias generaciones, ocupando únicamente y sin remuneración o reconocimiento, labores de trabajo doméstico. Otras ocuparon, como medio de subsistencia o de aporte al ordenamiento o necesidades familiares, oficios en el mercado informal, principalmente como vendedoras de productos agrícolas, dulces, manualidades o artesanías propias de su región. Continuaron teniendo relevancia las labores en la cocina, en el folclor y en los rituales religiosos, entre otros (1,2,4,6,7,9,11).

La fecha de la abolición de la esclavitud en Colombia [21 de mayo] es conmemorada cada año como el Día Nacional de la Afrocolombianidad, cumpliendo lo señalado en la Ley 725 del 2001 (12). El Grupo de Investigación Salud de la Mujer ha realizado expresiones por redes sociales para visibilizar esa fecha. La figura 1 y la figura 2 se presentan a manera de ejemplo de las actividades realizadas en pro del Día Nacional de la Afrocolombianidad en los años 2023 y 2022.

En el año 2024 también se realizó igual actividad para generar consciencia de la importancia de la atención en salud de las mujeres afrodescendiente en edad de menopausia. Se remitió a la prensa nacional el siguiente texto que fue reproducido total o parcialmente por diferentes medios impresos y electrónicos. Tanto el texto como las piezas gráficas que se presentan en la figura 3 y 4 circularon ampliamente por las redes sociales.



DÍA NACIONAL DE LA AFROCOLOMBIANIDAD
21 de mayo

La afrocolombianidad también se debe abordar desde la salud

El **Grupo de Investigación Salud de la Mujer** ha encontrado en sus estudios que las oleadas de calor, los trastornos de sueño y el dolor músculo-articular son las manifestaciones menopáusicas más prevalentes en mujeres afrocolombianas.

También ha observado que ser afrodescendiente se ha asociado con menor posibilidad de sospecha clínica de sarcopenia respecto a mujeres mestizas.

Una de cada tres premenopáusicas afrocolombianas pueden presentar disfunción sexual.

Imagen: Freepik

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD DE LA MUJER

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

GRUPO DE INVESTIGACIÓN "SALUD DE LA MUJER"

Figura 1. Campaña de sensibilización y socialización de algunos resultados biopsicosociales encontrados con los proyectos de investigación adelantados por el Grupo de Investigación Salud de la Mujer por redes sociales en mayo 21 del 2023.



21 de mayo
Día de la Afrocolombianidad

Estudiamos los Aspectos Biológicos y Psicosociales de la Mujer Afrodescendiente

www.grupodeinvestigacionsaluddelamujer.com.co
Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia

GRUPO DE INVESTIGACIÓN "SALUD DE LA MUJER"

Figura 2. Conmemoración del Día de la Afrocolombianidad. Sensibilizando a la ciudadanía sobre la importancia de la etnia al abordar la menopausia y el climaterio. Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Mayo 21 del 2022.



El grupo de investigación Salud de la Mujer estudia la salud física y mental de las mujeres afrocolombianas en todas sus etapas vitales

Figura 3. Conmemoración del Día de la Afrocolombianidad. Sensibilizando a la ciudadanía sobre la importancia de la etnia al abordar la problemática de la salud poblacional. Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Mayo 21 del 2024.



El grupo de investigación Salud de la Mujer estudia la salud física y mental de las mujeres afrocolombianas en todas sus etapas vitales



GRUPO DE INVESTIGACIÓN
SALUD DE LA MUJER



Universidad
de Cartagena
Fundada en 1827

Figura 4. Conmemoración del Día de la Afrocolombianidad. Sensibilizando a la ciudadanía sobre la importancia de la etnia al abordar la problemática de la salud poblacional. Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Mayo 21 del 2024.

Pronunciamiento del Grupo de Investigación Salud de la Mujer a propósito del Día de la Afrocolombianidad 2024



Ilustración creada con IA de Adobe Firefly

“El 21 de mayo ha sido declarado el Día de la Afrocolombianidad, con el que cual se conmemora la abolición de la esclavitud y se visibilizan los derechos humanos de la comunidad afrocolombiana.

Las investigaciones en salud al interior de las comunidades permiten generar conocimiento e influir en la toma de decisiones dentro de la atención médica. El Grupo de Investigación Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena, dirigido por el doctor Álvaro Monterrosa Castro, profesor de esa institución, y cuyos miembros son médicos generales y estudiantes de Medicina, viene enfatizando la importancia de la etnia como determinante del estado de salud.

Así mismo, ha señalado la necesidad de identificar problemáticas comunitarias biológicas, psicológicas y sociales que afectan negativamente el bienestar, la percepción de la salud y la calidad de vida de las mujeres afrodescendientes.

Mutaciones de tipo genético relacionadas con la esclavitud trasatlántica que victimizó a sus ancestros, pueden explicar

la elevada frecuencia y la severidad de algunas enfermedades que afectan a mujeres y a varones de comunidades afrodescendientes. No se puede dejar de lado que la pobreza, la discriminación, la desigualdad y las menores oportunidades educativas, económicas y sociales continúan afectando a muchas personas de esta etnia, y son agravantes para el deterioro de la salud.

Tras estudiar mujeres menopáusicas cartageneras, bolivarenses y de otras regiones colombianas, el Grupo de Investigación Salud de la Mujer ha llegado a varias conclusiones sobre mujeres afrodescendientes. Estos hallazgos, que se exponen a continuación, han sido compartidos en escenarios académicos nacionales e internacionales.

En uno de los estudios realizados se encontró que, en un grupo de mujeres menopáusicas afrocolombianas, hijas de padres afrodescendientes y con piel negra, comparadas con mujeres mestizas, hijas de padres no afrodescendientes, las mujeres afrocolombianas presentaron más síntomas físicos y psicológicos relacionados con la menopausia que las mestizas, lo cual contribuye con un mayor deterioro severo de la calidad de vida. Los dolores músculo articulares, las oleadas de calor y los trastornos del sueño fueron las manifestaciones menopáusicas que las mujeres afrocolombianas relataron con más frecuencia.

En otro estudio, estos investigadores de la Universidad de Cartagena encontraron que la irritación de la vulva y el prurito genital fueron las dos principales manifestaciones del síndrome genitourinario de la menopausia notificados por mujeres afrodescendientes mayores de cuarenta años. En una tercera evaluación, los investigadores identificaron que el antece-

dente del uso de sustancias psicoactivas y la preeclampsia se relacionaron con incontinencia urinaria.

Cabe mencionar que una elevada afectación en la salud mental y mayores alteraciones en el sueño se han encontrado en mujeres afrodescendiente del Caribe colombiano, región Pacífica y Urabá antioqueño.

Todo no es adverso, pues en un estudio se identificó que menos del 25% de cuatrocientas mujeres afrodescendientes menopáusicas presentaron disfunción sexual, cifra inferior a la observada entre mestizas (50%) y entre amerindias (80%) de Latinoamérica. Este estudio apoya el imaginario colectivo acerca de que las afrodescendientes pudiesen tener una mejor sexualidad que otras etnias.

Además, recientemente el grupo de investigación publicó un estudio en mujeres colombianas mayores de sesenta años, residentes en los departamentos de Bolívar y de Santander, donde se encontró que las mujeres afrocolombianas tuvieron menor posibilidad de sarcopenia que las mestizas.

Estos resultados son elementos que la población debe conocer. Las afrodescendientes tienen derecho a recibir atención en salud con oportunidad y eficiencia. El Grupo de Investigación Salud de la Mujer propone que la atención médica de las mujeres que acuden a los programas sanitarios debe tener en cuenta lo étnico. En muchas ocasiones la etnia, las etapas vitales y el género se utilizan para fomentar desigualdades. Ser mujer, estar en menopausia y ser afrodescendiente no son razones para violentar o discriminar. Es más, no existe ninguna razón para discriminar a la mujer”.



En medio del racismo y la discriminación vigente

El racismo se puede entender como la naturalización arbitraria de las diferencias físicas y/o culturales que lleva a un grupo poblacional, a conglomerados sociales o a personajes determinados a proponer y realizar acciones de degradación sobre otros grupos a través de distintos procesos sociales (13). Las ideas racistas también surgieron en la época colonial y se han mantenido fuertes más allá de la abolición de la esclavización de los afrodescendientes y la aprobación de leyes igualitarias.

El racismo en Colombia está bastante interiorizado en todas las regiones geográficas y encuentra como epicentro los roles y las relaciones de poder, dominación y explotación que ejercían los colonos o los esclavistas sobre la población afrodescendiente. Es incomprensible y difícil de explicar cómo en ciudades ancestrales y actualmente con alta presencia de población afrodescendiente pululan los símbolos, las posturas y los mensajes racistas contra población afrodescendiente y en muchas ocasiones originados por personas que son pertenecientes a colectivos afrodescendientes. Por tanto, se puede asegurar que el segregacionismo aún permanece muy fuerte en el país, afectando no solo a las minorías étnicas, sino a la sociedad colombiana en su conjunto (1,4,6,7,9,11.13).

Por otro lado, según Leonardo Reales Leonardo (13), podríamos definir la discriminación racial como todo tipo de identificación, exclusión, señalamiento, distinción, restricción deliberada o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje, origen étnico o racial que tenga por objeto fundamental menoscabar el goce, disfrute de emociones, reconocimiento o ejercicio en condiciones de igualdad, de todos los derechos y libertades fundamentales en las esferas políticas, económicas, sociales, culturales o en cualquier otra esfera de la vida pública (8). Por tanto, las limitaciones para que las mujeres afrodescendientes sean adecuada y ampliamente entrevistadas, encuestadas, investigadas epidemiológicas o clínicamente tratadas sanitariamente conforme a sus prevalencias y factores de riesgo, son sin duda condición de discriminación.

Aunque el racismo y la discriminación social o étnica son posturas humanas que están cuestionadas e incluso prohibidas en numerosas le-

gislaciones, a que existen varias propuestas universales dictadas desde escenarios de valía como el Decenio para los Afrodescendientes, existen situaciones de exclusión, marginación, desprecio étnico y limitaciones con vulneración de los derechos humanos que se han mantenido, están palpitantes, pasando desapercibidas para una sociedad que mira hacia otro lado y continúan afectando la integridad y repercutiendo sobre la salud de las mujeres afrocolombianas (1,5,11,13).

Las carencias en oportunidades educativas y laborales

La educación es el proceso mediante el cual se logra un adecuado desarrollo y crecimiento integral de las capacidades de las personas. Por tanto, la educación permite el acceso a los derechos humanos, a diferentes determinantes sociales que van de la mano con mayores oportunidades para el desarrollo personal y social, y en definitiva favorece la adquisición de conocimientos y destrezas que llevan a un suficiente estado de cualificación, lo que permiten el acceso a condiciones laborales bien calificadas. La educación es la herramienta principal para generar alejamiento de las condiciones de pobreza y vulneración. La educación promueve la inclusión social y es herramienta para erradicar las desigualdades (14).

En Colombia, el índice de analfabetismo, el acceso a la educación superior y la tasa de desempleo son peores entre las mujeres afrodescendientes al compararse con mujeres mestizas. Analfabetismo: 11,70% vs. 16,90%. Educación superior: 13,5% vs. 19,7%. Desempleo: 24,5% vs. 17,6%. Lo anterior es una importante representación significativa de la desigualdad que existe entre estas dos etnias. El limitado acceso a la educación conduce a trabajos menos competentes, peor remunerados y a una sobrerrepresentación en el trabajo doméstico (3,11,15).

Por otra parte, las mujeres afrodescendientes experimentan discriminación laboral, menores oportunidades de acceso a empleo digno o calificado, están sometidas a pagos desiguales para trabajos iguales (16). En el campo laboral las mujeres afrodescendientes colombianas se dis-

tinguen por tener mala remuneración y desempeñarse en medio de las peores condiciones de contratación. La estimación del ingreso laboral promedio según el género y la etnia en las ciudades de Cali y Cartagena (dos ciudades que son asentamiento afrodescendiente), hacen evidente las brechas de desigualdad en cuanto a remuneración. La amplia desigualdad en información general, cantidad y calidad educativa y en la actividad laboral que sufren las mujeres afrodescendientes colombianas se deducen al observar los porcentajes de pobreza en regiones ancestralmente definidas como asentamientos de afrodescendientes: la región del Pacífico, el Valle del Cauca, el departamento del Chocó y en muchos municipios del departamento de Antioquia y en la región Caribe (17). Se mantiene arraigado como prejuicio racial, que la mujer afrodescendiente debe tener un rol dentro de la sociedad como sirvienta o de dedicación a la limpieza y cuidados elementales (1). Usualmente el salario que obtienen afrodescendientes que alcanzan cargos profesionales o técnicos, suele corresponder al 25% del que reciben otras mujeres no afrocolombianas (9,11). Las mujeres afrocolombianas han sido durante números años instrumentos de explotación laboral y poseen menos posibilidad de acceso a un trabajo digno (1).

Todo lo anterior, los términos educativos y laborales contribuyen con la baja capacidad de acceso a la atención sanitaria de punta, especializada, oportuna y buena calidad técnico-científica. Además, perpetúan la necesidad de dependencia de sistemas sanitarios donde los procesos de atención en salud que pueden brindarse en muchas circunstancias con menores chances de oportunidad.

La atención básica sanitaria en salud reproductiva y climaterio

Las mujeres afrodescendiente colombianas no tienen igualdad de oportunidades en cuanto a la atención sanitaria, al compararse con mujeres de comunidades étnicas mestizas. En Colombia la problemática en salud deja ver elementos que obstaculizan la oportunidad para que algunos sectores de la población puedan acceder en mejor forma y tempranamente a los servicios de salud. Las mujeres afrodescendientes

colombianas experimentan un estado de vulnerabilidad e inequidades que afecta directamente sus condiciones de salud en comparación con la población general, lo que se refleja en diferencias de las tasas de mortalidad y expectativas de vida (3,12,15). Lo anterior es posible que se deba a lo simultáneo de la discriminación étnico-racial y de género.

Hay indicios que sugieren la existencia de vínculos directos entre la salud sexual y reproductiva, la etnicidad y la raza (11,15). La desigualdad étnica se refleja en las diferencias que hay en los indicadores de calidad de vida, al comparar afrodescendientes colombianas con no afrodescendientes. La falta de acceso a una educación en salud sexual y reproductiva es razón por la cual la tasa de fecundidad de las comunidades afrodescendientes está por encima de la población en general. Sumado a esto, la atención prenatal prestada a las mujeres afrodescendiente es menor en comparación con la que reciben mujeres que no pertenecen a esta etnia. Del mismo modo ocurre con la atención por parte de personal calificado tanto del parto como el puerperio, ya que, por su condición de pobreza, la primera atención en salud a la que pueden acceder son las parteras (12,18).

La brecha de inequidad que acompaña la vida de las mujeres afrodescendientes se refleja en la razón de mortalidad materna de las afrocolombianas que es 2,3 veces superior al total nacional (18). Se debe motivar a las mujeres afrodescendientes colombianas para que se mantengan y se fortalezcan mediante las acciones organizativas, de concientización en contra de la discriminación racista, en defensa de los derechos comunitarios y uno de ellos es la adecuada atención en salud sexual y reproductiva (15,16,17,18).

Las mujeres en general, sin distinción de pertenencia étnica durante su vida reproductiva, debiesen llevar adelante labores y acciones de autocuidado personal, nutricional y de vida, que les permitan prepararse para la llegada de la menopausia, evitando que este sea un cambio traumático para ellas y le ocasione enfermedades propias de la finalización en la síntesis estrogénica (19). Un ejemplo de ello es la osteoporosis, la sarcopenia, las enfermedades metabólicas como la obesidad y los ries-

gos cardiovasculares. Los cambios endocrinológicos, metabólicos, fisiológicos, físicos y psicológicos que se presentan durante la etapa vital del climaterio varían sustancialmente dependiendo de factores étnicos, genéticos, geográficos, hábitos, creencias y tradiciones. La salud de las mujeres en el climaterio y la menopausia tiene importantes implicaciones socioculturales. Algunas tribus de África creen que las mujeres se vuelven sensatas cuando llega el cese de su menstruación, por lo cual se les otorgan ciertos beneficios en el interior de la sociedad. Las mujeres posmenopáusicas adquieren la capacidad para desempeñar en justicia labores de liderazgo (19).

El discernimiento de los distintos comportamientos y percepciones culturales que opta cada etnia con respecto a la etapa vital climatérica permite abordar el cuidado de la salud de una forma integral e individualizada, así como también determinar el enfoque de las intervenciones. La atención sanitaria de las mujeres menopáusicas o climatéricas debe darse dependiendo de cada comunidad en especial. Sin omitir que las intervenciones deben ser tanto de prevención como de promoción de la salud y por parte de los líderes, familiares y el personal de la salud propiamente, para que así haya una información general clara y científica, evitando así las falsas creencias. Es fundamental que las frecuencias de las alteraciones sean basadas en estudios realizados en las mismas comunidades de atención. En todo lo anterior está comprometido El Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Al realizar trabajos de campo para sus diferentes proyectos de investigación, realiza labores de información, ilustración y educación a las mujeres que son sujetos de estudio, haciéndolas extensivas a la familia. El laboratorio del proyecto de investigación CAVIMEC, es la comunidad de mujeres. Estos proyectos están siempre abordando la salud de la mujer y su comunidad, teniendo en cuenta condicionantes sociales y el auto reconocimiento étnico. Siempre las labores investigativas se realizan vinculando a las redes de mujeres o a las asociaciones sociales de la región, que son las que en esencia ultima velan por la integridad de los colectivos de mujeres afrodescendientes.

Previo al abordaje de los elementos de la salud mental que fueron escogidos a conveniencia para evaluar a un grupo de nuestras mujeres

afrodescendientes en etapa de climaterio, es prudente y necesario hacer una observación general de cómo los aspectos biológicos y socioculturales se generan presiones mutuamente o cómo son fuentes causales para los disturbios de la salud mental. Estas disquisiciones serán presentadas en el siguiente capítulo.

Referencias

1. Ssimbwa, L. Mujer afrocolombiana, esperanza de un pueblo. 2011. [Internet]. Tesis. Acceso: febrero-25-2024. Disponible en: [Microsoft Word - TESIS-CONJUNTO-THE SENT ONE \(javeriana.edu.co\)](https://javeriana.edu.co/tesis-conjunto-the-sent-one)
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera resultados del censo nacional de población y vivienda 2018. [Internet] Acceso: febrero-23-2024. Disponible en: [Mercado \(dane.gov.co\)](https://mercado.dane.gov.co)
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La salud de la población afrodescendiente en América Latina. 2021. [Internet] Acceso: febrero-21-2024. Disponible en: [9789275323847_spa.pdf \(paho.org\)](https://paho.org/789275323847_spa.pdf)
4. Banco Mundial. Afrodescendientes en Latinoamérica: Hacia un marco de inclusión [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2018. Acceso: febrero-15-2024. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30201/129298-7-8-2018-17-30-51-AfrodescendientesenLatinoamerica.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
5. Peña IHLV. Etnicidad, mestizaje y diáspora: un marco analítico de la diferencia social para las poblaciones afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Revista de Historia Comparada. 2014;8(2):254-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4924209>

6. Rangel M, Del Popolo F. Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas y derechos (in)cumplidos. Santiago. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2011. Acceso: febrero-19-2024. Disponible en: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/informe_afro.pdf
7. Ángulo-Ramírez D. Acción Colectiva e Interseccionalidad en la Red Nacional de Mujeres Afrocolombianas Kambirí. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Maestría en Estudios Políticos e Internacionales. Bogotá, D.C., Colombia 2017 [Internet]. Acceso: febrero-29-2024. Disponible en: [content\(urosario.edu.co\)](content(urosario.edu.co))
8. De Sousa-Santo B. Descolonizar el saber, reinventar el poder. Editorial Trilce 1 Edición. 2010. Montevideo. Acceso: febrero-4-2024. Disponible en: [descolonizarsaber_finalcpia1.pdf\(socioeco.org\)](descolonizarsaber_finalcpia1.pdf(socioeco.org))
9. Zuluaga-Díaz JC. Comunidades negras en Colombia: desarrollo histórico y proceso de etnización. Contextos. 2015. (33):93-109. Acceso: febrero-25-2024. Disponible en: <Dialnet-ComunidadesNegrasEnColombia-5736371.pdf>
10. Soïn Nature. Epigenética, ¿qué impacto tiene en mi salud? [Blog de Internet]. Acceso: febrero-15-2024. Disponible en: [Epigenética, ¿qué impacto tiene en mi salud?\(soin-et-nature.com\)](Epigenética,¿quéimpactotieneenmisalud?(soin-et-nature.com))
11. Naciones Unidas. CEPAL. Cooperación Española. Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe Deudas de igualdad. 2018. [internet] Acceso Febrero-24-2024. Disponible en: [Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Deudas de igualdad\(cepal.org\)](MujeresafrodescendientesenAméricaLatinyelCaribe.Deudasdeigualdad(cepal.org))
12. Rodríguez GA. Continúa la exclusión y la marginación de las comunidades negras colombianas. Diálogos de Saberes. 2008(29):215-238. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/dialogos/article/view/2051>
13. Reales L. Discriminación racial, conflicto armado y defensa de los derechos étnicos. El caso afrocolombiano (1991-2014). Nova et vetera.2014:23 (67):38-55. Disponible en: <Dialnet-DiscriminacionRacial-ConflictoArmadoYDefensaDeLosDe-6481651.pdf>

14. Rojas-Silva J, Estupiñán-Valencia D, Casiani T. Mina-Rojas C. Derrotar la Invisibilidad. Un reto para las mujeres afrodescendientes. Un panorama de la violencia y la violación de los derechos humanos contra las mujeres afrodescendientes en Colombia. 2012. [Internet]. Acceso: febrero-24-2024. Disponible en: [Informe PCN \(afrocolombians.com\)](http://Informe_PCN_(afrocolombians.com))
15. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Organización Mundial de la Salud. OMS. Política sobre etnicidad y salud. 29a Conferencia Sanitaria Panamericana. 2017. [Internet]. Acceso: febrero-24-2024, Disponible en: ethnicityhealth-policy-2017-es.pdf
16. Arroyo J, Pinzón L, Mora J, Gómez D, Cendales A. Afrocolombianos, discriminación y segregación espacial de la calidad del empleo para Cali. Cuadernos de Economía. 2016;35(69):753-783. <https://doi.org/10.15446/cuad.econ.v35n69.54347>
17. Corporación humana Colombia. Situación de las mujeres afrocolombianas e indígenas. Colombia 2011-2014. Bogotá. 2015. Acceso: febrero-24-2024. Disponible en: [7.mujeresafroeindigenascolombia.pdf \(humanas.org.co\)](http://7.mujeresafroeindigenascolombia.pdf(humanas.org.co))
18. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM) Centro de Estudios Sociales (CES). Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia. 2006. [Internet] Acceso: febrero-24-2024. Disponible en: [oo-Preliminares.p65 \(unal.edu.co\)](http://oo-Preliminares.p65(unal.edu.co))
19. Argote LÁ, Mejía ME, Vásquez ML, Villaquirán de González ME, Climatorio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. Aquichan. 2008;8(1):33-49. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108105>





CAPÍTULO III

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA SALUD MENTAL Y LAS MUJERES CLIMATÉRICAS

En los últimos años se ha incrementado a todos los niveles el interés por los aspectos que tienen relación con la salud mental y con los aspectos psicosociales. Una de las razones de ese interés guarda relación con el sensible incremento en la afectación de la salud mental y su impacto en la calidad de vida. Otra razón, y muy importante, es la anotación de los observatorios regionales, nacionales e internacionales sobre la vulneración persistente de los derechos humanos y su impacto negativo en lo psicosocial (1,2,3). Todos los seres humanos deben gozar de una adecuada salud mental y no debe ser afectada por lo racial, lo religioso, el género o lo cultural (3). La salud mental es un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (1).

Existen muchas definiciones de salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) establece la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente mientras contribuye con la mejoría sostenible de su comunidad. La salud mental es un elemento fundamental del bienestar general. La salud mental tiene la posibilidad de alimentar las capacidades de las personas para tomar oportunas y adecuadas decisiones, establecer relaciones y dar estructura a su entorno (1,3).

La salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y de la interacción con el entorno, de tal manera que permite a los sujetos individuales o colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir con la propia comunidad. Cuando existen eventos traumáticos, severos o intensamente severos en lo personal o en lo colectivos se dan condiciones que predisponen a la mala salud mental. Cifuentes-Avellaneda (4) y Monterrosa-Castro (5) ejemplifican lo anterior dentro de la reciente pandemia por COVID-19.

El deterioro o afectación de la salud mental es una problemática de salud pública mundial. Las enfermedades mentales cada vez más se encuentran en aumento, a pesar de las medidas que han establecido entidades gubernamentales y no gubernamentales y de los recursos que en algunos países se han invertido (6). El abordaje de las alteraciones de la salud mental requiere actividades coordinadas dentro de las políticas de atención en salud integral que requiere la población (4,5). Es necesario señalar que la alteración de la salud mental comprende tanto a las enfermedades mentales, a las discapacidades psicosociales, los estados mentales asociados a situaciones disparadoras de alto grado de angustia, y a la discapacidad funcional, así como el riesgo de conducta autolesiva (2)

Cada persona experimenta su percepción de la salud mental de forma diferente. Se debe considerar que existen determinantes individuales, sociales y estructurales que influyen en la conservación de la salud

mental. Factores psicológicos y biológicos individuales, las habilidades emocionales para el afrontamiento correcto de las exigencias de la vida, el abuso de sustancias nocivas o tóxicas y las cargas genéticas, pueden hacer que unas personas sean más vulnerables que otras a las afecciones de la salud mental (7). A su vez, entre los factores de protección de una buena salud mental se cuentan: la capacidad de resiliencia, la autoestima, las habilidades emocionales, los atributos sociales, la capacidad para adelantar y disfrutar las interacciones sociales positivas, haber recibido una educación de suficiente calidad, poseer un trabajo digno y bien remunerado, estar en un entorno de vecindario seguros y estar inmersos en un tejido social suficientemente cohesionado (7,8,9,10).

Aproximadamente trecientos millones de personas sufren alteraciones de la salud mental en el mundo. Los riesgos de sufrir estas dolencias pueden manifestarse en cualquier etapa de la vida y si ocurren en la primera infancia son particularmente perjudiciales. Cuando cuadros de depresión mayor se instalan a edades jóvenes, se incrementa el riesgo de episodios subsecuentes (11).

La afectación de la salud mental

La frecuencia de afectaciones en la salud mental es mayor en mujeres que en varones (1,2,3,4,5,8,7). En un estudio en población colombiana de varias etnias se ha sugerido que el 11% de las mujeres informaron presentar alguna alteración en la salud mental en los últimos seis meses, mientras que lo mismo fue informado por el 9% de los varones, y en adolescentes de bajos ingresos se ha encontrado 53% de indicios de depresión, 45% de somatización y un 40% de ansiedad, mientras que en adultos varones con elevados ingresos se estimó menor riesgo, 11% de indicios de ansiedad, 2% somatización y 11% depresión (4). Se ha identificado que las mujeres tienen dos veces más riesgo de un episodio de depresión mayor con respecto a los hombres. Esas diferencias de género se observan en la adolescencia y en edad avanzadas o envejeci-

miento (7). El papel de ama de casa se ha señalado como favorecedor del inicio de síntomas depresivos, debido a que tiende a ser rutinario, repetitivo, carente de sentido terminal y además, muchas lo realizan en solitario. La crianza y el cuidado de los hijos, los compromisos maritales y el desempeño de su propio campo laboral, son factores que pueden vulnerar a la mujer y favorecer condiciones que fomenten espacios para los síntomas de depresión, e incluso para brotes depresivos o cuadros de depresión mayor (12,13,14,15). En algunos contextos, las mujeres pueden asumir responsabilidades de cuidado de los hijos y del hogar, estando expuestas al abuso sexual, al maltrato doméstico en medio de carencias, de necesidades no satisfechas y en condiciones de pobreza (2,10,15). La discriminación de género, la estigmatización por rangos de etapas vitales también genera sensación de frustración, presencia de cansancio físico mental, frecuentes cambios de estados de ánimo, persistentes síntomas de ansiedad y pánico, incremento en el estrés cotidiano, todo lo cual acaba por generar padecimientos mentales (16,17). El desempleo es otra de las problemáticas que está afectando la salud psicológica de las mujeres (9).

Otro de los factores generadores de afectación de la salud mental es la violencia de pareja, violencia doméstica o violencia intrafamiliar. Tres formas de llamar a una dolorosa realidad, que se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial, que frecuentemente llena espacios en las crónicas rojas o asuntos policivos de los medios de comunicación (7,16). La organización Mundial de la Salud (18) define violencia de pareja como el comportamiento dentro de la relación íntima que causa daño psicológico, físico, o sexual. Incluye los actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y comportamiento de control, abarcando la pareja actual o la pasada.

En la última década la pandemia causada por el COVID-19, sus implicaciones en cuanto a riesgos personales y familiares de morbilidad y mortalidad, las medidas impuestas de distanciamiento físico y cuarentena, así como las informaciones de los medios de comunicación, generaron afectación de la salud mental y favorecieron cuadros patológicos psicobiológicos como nerviosismo, cansancio y preocupación excesiva,

que aún no se han superado totalmente (4,5,19). Entre las mujeres se observaron mayores implicaciones de la pandemia en la afectación de la salud mental, que en los varones (4,5). Las mujeres colombianas, especialmente jóvenes y de bajos ingresos socioeconómicos, fue un grupo poblacional que tuvo importante deterioro de su salud psicológica. Entre la población general de mujeres, sobre todo entre las mujeres en climaterio y entre adultas mayores se incrementaron los síntomas de depresión, sentirse nerviosas o cansadas sin fundamento, los síntomas somáticos, la percepción de soledad, los temores acerca de una catástrofe mundial o familiar y los trastornos del sueño, en estudios realizados por el Grupo de Investigación Salud de la Mujer (20,21). Dentro de la misma pandemia se generaron otras situaciones nuevas que se sumaron a los factores ya conocidos que afectan la salud mental. Aprender y realizar teletrabajo, asumir las labores educativas de los hijos por medios tecnológicos que se implementaron sin preparación previa, la carga derivada de las labores del hogar durante las veinticuatro horas, adelantar acciones de autocuidado personal y del cuidado familiar de adultos y niños para evitar la propagación de la pandemia, fueron labores que generaron un entorno especial favorecedor de síntomas de depresión (4,19,20,21).

El climaterio y la menopausia

Existe el concepto universal de que el climaterio es una etapa vital de la mujer en la cual existen condiciones biopsicosociales favorecedoras para las afectaciones de la salud mental (22). No obstante, es proceder adecuado valorarlo en todas las comunidades e incluso en cada una de las mujeres, puesto que la magnitud de las afectaciones es diferente. Si bien la menopausia es un proceso natural y fisiológico, pueden coexistir cambios psicofísicos afectando severamente a algunas mujeres, mientras que otras no los presentan. Acompañando a los síntomas de la menopausia se cuentan las ambivalencias emocionales que están en relación con situaciones personales y con las propias de la personalidad. Estas últimas conllevan inestabilidad emocional, llanto fácil, falta de comu-

nicación, excesiva preocupación por la salud, mayor necesidad de comprensión y mayores exigencias de apoyo familiar o sanitario (11,14,15,22).

En el climaterio existen modificaciones endocrinológicas debido al agotamiento literal de los folículos ováricos con la subsecuente reducción en la síntesis y liberación de estradiol. Este nuevo estado hormonal afectará muchos órganos y sistemas en los cuales existen receptores estrogénicos. La alteración será a nivel de los tejidos celulares y de las diversas sustancias por ellos elaboradas. A nivel cerebral, la caída del tenor de los estrógenos conducirá a una paulatina alteración en el metabolismo del triptófano con el establecimiento de sintomatología depresiva, tristeza excesiva e incluso depresión. Este nuevo ámbito endocrinológico con reducción en la disponibilidad del estrógeno puede de una u otra manera llevar a decrecimiento personal, baja autoestima y percepción de estar en un nivel de inferioridad. Ello repercutirá negativamente en el entorno laboral, social, con serias implicaciones económicas y sanitarias (23,24).

Es también necesario recordar que en los años ochenta del siglo XX, describieron la etiología de los síntomas depresivos en el climaterio basándose en los cambios psicológicos y socioculturales por los que atraviesa la mujer en esta etapa vital (24). Algunos de los elementos que se deben tener presente son: el sentimiento de pérdida de la femineidad, la incapacidad reproductora, la salida natural del hogar por los hijos, la pérdida del trabajo, la mala calidad de vida marital, la pérdida del padre, de la madre o de otros familiares. Los antecedentes familiares de depresión y sus eventos relacionados, así como los antecedentes personales de mayor labilidad emocional, dificultades para tener embarazos o hijos, el apego materno-fetal, el apego materno-neonatal, la disforia y la tensión premenstrual, el embarazo no deseado desde el inicio y la depresión postparto, se deben interrogar. No puede ser desconocido el antecedente de síntomas de depresión en relación con el uso de píldoras anticonceptivas, los síntomas vasomotores graves, la mala calidad del sueño, la menopausia quirúrgica, la disfunción de la glándula tiroidea y los problemas crónicos de salud. Todas las anotaciones previas son factores de riesgo para episodios de depresión (22,23,24,25,26,27,28,29,30).

Uno de los aspectos a tener presente cuando se aborda la salud mental de las mujeres en etapa de climaterio y menopausia, es el antecedente de depresión en la adolescencia. Es probable que los síntomas depresivos se reinstalen en la perimenopausia o en la postmenopausia (27,30). Aproximadamente el 10,0% de las mujeres en el climaterio que presentan depresión se expresa por sentimientos de fatiga física y mental, irritabilidad, tristeza, desánimo, pesimismo, nerviosismo, inestabilidad emocional y disminución de la libido, teniendo una percepción incrementada de ausencia de comprensión y cariño. Las mujeres climatéricas que tienen baja autoestima suelen informar manifestaciones menopáusicas más severas, menor confianza en sí mismas y peor calidad de vida (26,31).

Son importantes las implicaciones sociales y psicológicas del climaterio, por tanto, es necesario el abordaje suficiente de atención en salud para las mujeres en climaterio y menopausia, como única alternativa en la búsqueda de una mujer adulta mayor saludable desde una perspectiva psicológica y con un envejecimiento sano y productivo (1). Conseguir el auto reconocimiento por las mujeres de lo que representa realmente la menopausia y el climaterio, es un trabajo en términos educativos e informativos que está pendiente y que deben realizar los profesionales de la salud y los entes que dictan políticas de atención en salud.

El abordaje del climaterio y la menopausia no puede ser solo desde el ámbito biológico o clínico en relación con la caída de los estrógenos. En otras palabras, el climaterio y la menopausia no se pueden minimizar únicamente a lo referente a lo establecido para la prescripción de la terapia hormonal de la menopausia. Muchas consideraciones sociológicas deben entrar a considerarse, puesto que ellas pueden generar manifestaciones similares a las claramente descritas como síntomas de la menopausia. Entre estas consideraciones están: el abuso de sustancias u otras adicciones, las condiciones inadecuadas de empleabilidad, temor ante la llegada de la jubilación laboral, el bajo nivel educativo, las pérdidas significativas, la carencia de armonía matrimonial, el maltrato familiar o la violencia de pareja, inadecuada percepción de la imagen corporal, incapacidad objetiva o subjetiva para alcanzar las metas establecidas,

reducción en el crecimiento personal, el temor infundado o miedo por el incremento de la edad o envejecimiento, la inadecuada percepción que menopausia es el final de la vida, la discriminación y el señalamiento social despectivo por estar en menopausia, el abandono social o de pareja y otros cambios referentes al entorno familiar. Aún, tienen importante presencia en diversas culturas algunos estereotipos que hacen referencia a que irremediamente el climaterio y la menopausia son etapa de vida negativa y cargada de procesos psicobiológicos que hace el vivir poco saludable (27,28,29,30). Esto último es un aporte conceptual erróneo y favorecedor de violencia contra la mujer climatérica.

También se cuentan las consideraciones sociales asociados a la actividad coital y la sexualidad. En muchas comunidades, la menopausia es el fin de la vida sexual de la mujer, lo cual es una forma frecuente de violencia contra los derechos de la mujer, puesto que desconoce que la sexualidad está íntimamente ligada a la vida de las personas. La sexualidad nace con los individuos y finaliza con los individuos. Una de las consecuencias derivadas de las limitaciones en el disfrute de la sexualidad por las mujeres en etapa de climaterio y menopausia son las alteraciones en la salud mental.

Para que las mujeres en climaterio y menopausia tengan una adecuada salud mental, son sensiblemente imprescindibles la existencia de adecuados y bien estructurados espacios biológicos, psicológicos, ambientales y culturales. Algunos autores consideran el climaterio y la menopausia como la etapa de la edad madura, y solo con una muy buena salud mental van a poder llegar saludables a la etapa de adulto mayor y a la ancianidad. Por ello, siempre dentro de los programas de promoción y prevención dirigidos a las mujeres en climaterio y menopausia se debe incentivar la exploración de las herramientas que tiene la mujer para afrontar las adversidades de la vida cotidiana, conocer acerca de sus sentimientos y comportamientos (22,29).

Es necesario enfatizar como señala la Organización Mundial de la Salud (2,14), que a nivel poblacional es importante establecer la presencia de salud mental como estrategia fundamental en el abordaje de las enfer-

medades mentales. Si creamos en las mujeres climatéricas y menopáusicas fortalezas para conservar la salud mental, estamos haciendo prevención de las enfermedades mentales. A su vez, sospechar o identificar tempranamente cuadros mórbidos psiquiátricos subyacentes en estas mujeres en edad madura, puede favorecer la referencia oportuna a valoración psiquiátrica y facilitar la implementación de terapéuticas adecuadas. Con la conceptualización actual de la psiquiatría de enlace se puede interpretar en mejor forma los impactos cerebrales, conductuales y comportamentales de las carencias estrogénicas y sus repercusiones en la salud mental.

Si bien muchas de las manifestaciones psicológicas y los síntomas de la depresión que se expresan en la etapa climatérica no representan una alteración grave de la salud mental, son capaces de disminuir la percepción de satisfacción personal e influir en las relaciones personales, familiares y profesionales. Una de las estrategias para afrontar la sintomatología menopáusica, especialmente los síntomas vasomotores, las oleadas de calor y el síndrome genitourinario de la menopausia es la terapia hormonal con estrógenos o con estrógenos y progestinas. Las indicaciones para el abordaje de los síntomas depresivos en las mujeres en la perimenopausia y en la posmenopausia, los compuestos farmacéuticos, sus dosis y esquemas, así como otras medidas están bien establecidos y respaldados por los pronunciamientos internacionales (31).

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer, con los hallazgos encontrados en varios estudios del proyecto de investigación CAVIMEC, así como otros autores, han señalado la interrelación entre los bochornos, el insomnio, las sudoraciones, las oleadas de calor, la taquicardia, el síndrome genitourinario de la menopausia y otros síntomas biológicos causado por el hipoestrogenismo, con las manifestaciones psicológicas, la baja autoestima, el estrés, los cambios emocionales y el deterioro de la salud mental (20,21,22).

Algunos cuadros mórbidos como la hipertensión arterial y otras patologías de tipo cardiovascular, las alteraciones lipídicas como la hipercolesterolemia y el incremento en los triglicéridos; las enfermedades meta-

bólicas, como la diabetes tipo II, la sarcopenia y la osteoporosis con las limitaciones en movilidad, independencia, riesgo de caídas y fracturas, así como el sobrepeso y la obesidad, se interrelacionan con alteraciones de la salud mental, incrementando la morbilidad y el acortamiento en la expectativa de vida de las mujeres climatéricas (32,33).

La energía del climaterio

Las mujeres pueden hacer que sus vivencias sean positivas cuando se encuentran en climaterio y menopausia, y lo principal es adquirir el suficiente conocimiento correcto para comprender los cambios que se producen en su organismo tanto en lo físico como en lo mental, seguir disfrutando su cuerpo y mantenerse siempre activa (29). La energía del climaterio es una conceptualización de la autoría del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, que incluye una serie de recomendaciones que deben aplicar todas las mujeres que están en climaterio y menopausia. Cuadro 1.

Cuadro 1 La energía del climaterio	
Seguir jugando a diario.	Mantenerse activa globalmente.
Seguir cuidándose integralmente.	Seguir siendo atractiva.
Seguir siendo libre y bella.	Seguir siendo pareja.
Seguir una dieta saludable.	Seguir con los ejercicios físicos.
Seguir sin fumar.	Seguir sin excesiva ingesta de alcohol.
Seguir siendo productiva socialmente.	Conservar la iniciativa familiar.
Conservar la feminidad.	Disfrutar la naturaleza.
Convivir alegremente con el entorno.	Seguir viviendo.

La conceptualización de la energía del climaterio persigue fundamentalmente incrementar las vivencias positivas que toda mujer debe tener

sobre el climaterio y la menopausia, es un listado de puntos para ayudar a aprender a vivir con los cambios endocrinológicos y sus impactos psicosociales con miras a preservar una buena calidad de vida física y mental. No todo en el climaterio es adverso, la mujer puede desplegar su sexualidad y el coito sin temor al embarazo y sin la obligación de métodos de planificación familiar, sin el estrés derivado de la presencia de los fluidos menstruales. Usualmente los hijos crecieron y ahora el disfrute puede ser hacia los nietos, si están presentes, y encontrar allí nuevas posibilidades de vida y sentimientos anónimos y al tiempo gratificantes (27). La energía del climaterio es de hecho enseñar a vivir a plenitud todos los años que van después de la menopausia que suelen ser más que la tercera parte de la vida.

La energía del climaterio está en coherencia con lo señalado la Organización Mundial de la Salud, al indicar que no hay nada que impida a las mujeres a lo largo del climaterio tener buena salud sexual y mental (23). Igual señalan otros autores (34). No obstante, esa no es la realidad y los profesionales de la salud deben hacer conscientes en primera instancia a las mujeres, así como a sus parejas y a los varones en general. Se ameritan esfuerzos para ilustrar a la sociedad que los cambios psicológicos del climaterio no significan exactamente enfermedades mentales, pero sí suelen provocar molestias que en algunas mujeres pueden ser severas y rebajar notablemente la autoestima. La detección de factores estresantes se logra con un enfoque clínico adecuado, teniendo en cuenta integralmente a la mujer y el entorno en que vive (22). De hecho, esa es la razón de explorar los diferentes elementos que hacen parte de la calidad de vida en el climaterio y para identificar la afectación de la salud mental.

La energía del climaterio ayuda a que las mujeres puedan abordar los impactos de los procesos biológicos de la menopausia. Las mujeres deben ser enseñadas para autoevaluar sus síntomas y deben ser capacitadas para enfrentar los cambios psicológicos que acompañan a las modificaciones en la disponibilidad de sus estrógenos endógenos. Así ellas podrán acudir tempranamente a la consulta y recibir la terapéutica adecuada que puede ser farmacológica o no farmacológica (29,35).

Es de suma importancia elaborar un abordaje íntegro desde las políticas y los programas de salud pública en cuanto la promoción de la salud psicológica y la prevención de los trastornos mentales. Se han sugerido varias estrategias organizacionales que pueden mejorar la atención primaria y los resultados a esperar en el afán por conservar la salud mental (1,6,8). Cuadro 2

Cuadro 2 Estrategias organizacionales para mejorar la atención primaria de las mujeres climatéricas y conservarles su salud mental	
A	Mayor disponibilidad y la existencia de mecanismos que faciliten la accesibilidad de las mujeres en menopausia y climaterio a los servicios de atención primaria dedicados especialmente para la conservación de la salud mental.
B	Mejoría estructural en la calidad de la atención psicoterapéutica, psicosocial y en la atención primaria y/o comunitaria dirigida a las mujeres en edad madura.
C	Mayor promoción de actividades que fomenten la salud mental de las mujeres en la mitad de la vida con un enfoque basado en los riesgos en todas las etapas de la vida.
D	Potencializar en todos los profesionales de la salud, sin distingo de especialidad o de complejidad de atención, la capacidad para realizar identificación de síntomas de afectación en la salud mental en mujeres en climaterio y menopausia y de ser necesario utilizar tempranamente los canales de referenciación hacia los profesionales específicos.

Es importante generar en las mujeres climatéricas ambientes que contribuyan con la capacidad de resiliencia y con la génesis de paz emocional, lo cual se reflejará en la familia y en la sociedad (36). Para realizar una aproximación e identificar de una forma amplia y multivariable el estado de salud mental en un grupo de mujeres colombianas en etapa de climaterio y auto reconocidas como afrodescendientes, escribimos el proyecto de investigación: “Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe

colombiano”, que se entrega completo en el siguiente capítulo y fue la carta de navegación del estudio cuyos datos principales y las primeras puntadas de análisis secundarios se entregan en este libro.

Referencias

1. Naciones Unidas. [Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. La salud mental es un derecho humano. Boletín de prensa. Mayo-24-2018. [Internet] Acceso: Marzo-1-2024. Disponible en: [La salud mental es un derecho humano | OHCHR](#)
2. Organización Mundial de la Salud OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Boletín de prensa. Junio-17-2022. [Internet] Acceso: Marzo-1-2024. Disponible en: [Salud mental: fortalecer nuestra respuesta \(who.int\)](#)
3. Posada JA. La salud mental en Colombia. Biomédica. Biomedica. 2013;33(4):497-498. <https://doi.org/10.7705/biomedica.2214>
4. Cifuentes-Avellaneda A, Rivera-Montero D, Vera-Gil C, Murad-Rivera R, Sánchez, SM, Castaño LM, Royo M, Rivillas-García JC. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. Estudio de Solidaridad. Profamilia. 8-abril-2020. [Internet] Accedido: febrero-27-2024. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf>
5. Monterrosa-Castro A, Quintana-Guardo F, Romero-Martínez S, Romero-Martínez G. Reacciones emocionales negativas en médicos y médicos generales colombianos al inicio de la pandemia Covid-19: estudio transversal. Medicina. 2023;45(3):419-431 <https://doi.org/10.56050/01205498.2270>
6. Sánchez Correa, M., Cabra Ángel, Z., Silva Asesor, J. Análisis de

- la salud mental en Colombia y la implementación de la política pública nacional de la salud mental. 2018. [Documento Técnico. Alojado en repositorio institucional. Acceso: Marzo-4-2024. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5192/1053829632_46678630_2021.pdf?sequence=1
7. Piqueras-Rodríguez JA, Ramos-Linares V, Martínez-González AE, Oblitas-Guadalupe LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 2009;16(2):85-112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
 8. Naciones Unidas. [Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas] Consultation on Human Rights and mental health: "Identifying strategies to promote human rights in mental health. Boletín de prensa. Mayo-14-2018. [Internet]. Acceso: marzo-1-2024. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/statements/2018/05/consultation-human-rights-and-mental-health-identifying-strategies-promote-human?LangID=E&NewsID=23080>
 9. Huertas OL. Mujeres subcontratadas por intermediación y salud mental. *Revista Tesis Psicológica*. 2013;8(2):14-28. Disponible en: <file:///C:/Users/alvar/Downloads/Dialnet-MujeresSubcontratadasPorIntermediacionYSaludMental-4630406.pdf>
 10. Ordorika-Sacristán T. Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*. 2009;71(4):647-674. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32113274002>
 11. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados preliminares del estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2004;33(3):241-262. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2007-16597-001>
 12. Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med*. 2018;32(2):129-140. Disponible en: <file:///C:/Users/alvar/Downloads/Dialnet-SaludMentalEnColombiaUnAnalisisCritico-6627691.pdf>

13. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2016;45:2-8. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>
14. World Health Organization (WHO). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. [Internet]. Acceso: marzo-6-2024. Disponible: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44257/9789241563949_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Cía AH, Rojas RC, Adad MA. Current clinical advances and future perspectives in the psychiatry/mental health field of Latin America. Int Rev Psychiatry. 2010;22(4):340-6. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.501167>
16. Canaval GE, González MC, Humphreys J, De León N, González S. Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería 2009;27(2):209-217. Disponible en: <https://doaj.org/article/c22a648cee3f4fd3adaf454a0e77f303>
17. Lara MA. Masculinidad, feminidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. Salud Mental. 1991;14(1):12-18. Disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/428/428
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia contra la mujer. Boletín de prensa. 8 de marzo 2021. [Internet]. Acceso: marzo-7-2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
19. Congreso de la República de Colombia. Senado de la República. Congresistas solicitan más recursos para atender la salud mental de las mujeres en pandemia. Boletín de Prensa [Internet]. Acceso: Marzo-3-2024. Disponible en: <https://www.senado.gov.co/index.php/el-senado/noticias/2111-congresistas-solicitan-mas-recursos-para-atender-la-salud-mental-de-las-mujeres-en-pandemia>

20. Monterrosa-Blanco A, Monterrosa-Castro Á, González-Sequeda A. Online assessment of the perception of loneliness and associated factors in Colombian climacteric women during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Health Promot Perspect*. 2021;11(2):230-239. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.28>
21. Monterrosa-Castro Á, Monterrosa-Blanco A. Prevalencia de problemas de sueño en mujeres climatéricas colombianas durante la pandemia COVID-19. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2021;72(2):162-170. <https://doi.org/10.18597/rcog.3662>
22. Salazar-Pousada D, Monterrosa-Castro A, Ojeda E, Sánchez SC, Morales-Luna IF, Pérez-López FR, Chedraui P; Research Group for the Omega II Women's Health Project. Evaluation of depressive symptoms in mid-aged women: report of a multicenter South American study. *Menopause*. 2017;24(11):1282-1288. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000924>
23. Organización Mundial de la Salud (OMS) Menopausia. Boletín de Prensa. 17 de octubre del 2022. [Internet]. Acceso: marzo-6-2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
24. Bogaert-García H. La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*. 2012;37(2):183-197. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
25. Del campo Laurents AFM, Herrera-Ferrá K. Climaterio y depresión. *Salud mental*. 1996;19(3):49-57. Disponible en: http://revistasalud-mental.mx/index.php/salud_mental/article/view/599
26. Yanes-Calderon M, Benitez-Cordero Y, Alfonso-Orta A. Síndrome climatérico: caracterización clínica y socio-epidemiológica. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004;20(4):1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252004000400002
27. Couto-Núñez D, Nápoles-Méndez D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *MEDISAN*. 2014;18(10):1409-1418. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n10/san111810.pdf>

28. Illanes E, Bustos L, Lagos X, Navarro N, Muñoz Sergio. Factores asociados a síntomas depresivos y síntomas somáticos en mujeres climáticas de la ciudad de Temuco. *Rev. Méd. Chile* 2002;130(8):885-891. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000800007>
29. Instituto de Salud del Estado de México. Centro Nacional para la Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), Instituto Nacional de Perinatología. Guía Médica de atención integral a la mujer en la peri y en la postmenopausia para el primer nivel de atención 2018. [Internet]. Acceso: marzo-6-2024. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/prevencion/guia_peri_postmenopausia.pdf
30. Patruno DH, Manzo Z, González-Blanco M. Depresión en la perimenopausia y en la posmenopausia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2016;76(3):173-181. <https://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art05.pdf>
31. Stute P, Spyropoulou A, Karageorgiou V, Cano A, Bitzer J, Ceausu I, Chedraui P, Durmusoglu F, Erkkola R, Goulis DG, Lindén Hirschberg A, Kiesel L, Lopes P, Pines A, Rees M, van Trotsenburg M, Zervas I, Lambrinoudaki I. Management of depressive symptoms in peri- and postmenopausal women: EMAS position statement. *Maturitas*. 2020 Jan;131:91-101 <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.11.002>
32. Schaare HL, Blöchl M, Kumral D, Uhlig M, Lemcke L, Valk SL, Villringer A. Associations between mental health, blood pressure and the development of hypertension. *Nat Commun*. 2023 Apr 7;14(1):1953. <http://dx.doi.org/10.1038/s41467-023-37579-6>.
33. Burns RJ, Deschênes SS, Schmitz N. Associations between coping strategies and mental health in individuals with type 2 diabetes: Prospective analyses. *Health Psychol*. 2016 Jan;35(1):78-86. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000250>
34. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual health in menopause. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):559-562. <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55090559>

35. Junco-Rodríguez I, Ferrales-González J. El tratamiento preventivo por una mejor calidad de vida en la mujer climatérica. *Maestro y Sociedad*. 2017:121-129. [Internet]. Acceso: marzo-5-2024. Disponibles: <https://web.archive.org/web/20180418002700/https://revistas.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/viewFile/3179/2797>
36. Süß H, Willi J, Grub J, Ehlert U. Psychosocial factors promoting resilience during the menopausal transition. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Apr;24(2):231-241. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-020-01055-7>





Ilustración creada con IA de Adobe Firefly

CAPÍTULO IV

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS SEGÚN ESTADOS MENOPÁUSICOS, EN AFRODESCENDIENTES DEL CARIBE COLOMBIANO”

Para la exploración de la salud mental de mujeres afrodescendientes colombianas se escribió el presente proyecto de investigación que fue diseñado bajo un modelo de estudio observacional, transversal, de inclusión prospectiva, realizado en varias fases y con resultados tanto descriptivos como analíticos. Está inscrito conceptual y metodológicamente dentro la línea de investigación del Grupo de Investigación Salud de la Mujer: “*Tiempo de menopausia*”. Además, el proyecto es un brazo del proyecto de investigación “Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas” [CAVIMEC], iniciado en el año 2008.

Para ilustrar sobre el proyecto de investigación CAVIMEC se señala que para su realización se tiene una duración indefinida. No obstante, ini-

cialmente se estableció realizarlo hasta el año 2015, luego fue prorrogado al 2020 y actualmente se tiene establecida organización para continuar con la toma de información hasta el 2035.

El proyecto CAVIMEC, ahora es un grupo de bases de datos que aloja información sobre menopausia y climaterio tomada a mujeres de todas las regiones colombianas, captadas en sus propios lugares de residencia y con formularios aplicados presencialmente. Este no explora mujeres que asisten a consulta médica, tampoco las que están en centros de atención clínica u hospitalaria. O sea, los resultados son encontrados en mujeres de la comunidad y no en pacientes ambulatorios u hospitalizados. Uno de los brazos fue denominado CAVIMEC-COVID, que captó información de mujeres de diferentes regiones de Colombia al inicio de la pandemia por COVID-19, por medio electrónico. En mayo del 2020, estando Colombia bajo condición de confinamiento, se realizó convocatoria por medio de redes sociales para el diligenciamiento de un documento virtual o electrónico diseñado en *Google Forms* que incluía escalas y herramientas para explorar sintomatología menopaúsica y otras condiciones biopsicosociales. Mujeres de todas las regiones geográficas colombianas participaron diligenciando dicho formulario y resultados han sido ampliamente divulgados en eventos científicos y en publicaciones indexadas. Todos los demás brazos se han realizado cara a cara, entre encuestadora y participante.

El presente proyecto de investigación “Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano”, fue diseñado para involucrar mujeres que se auto reconocían como pertenecientes a la etnia afrodescendientes, residentes en áreas urbanas o rurales del Caribe colombiano, con capacidad para aportar información epidemiológica y clínica que ayudase a visibilizar de forma suficiente la sintomatología menopaúsica y su interrelación con la potencial afectación de la salud mental, el deterioro psicológico, síntomas de cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad, síntomas de depresión y estrés, así como su asociación estadística con una variada lista de situaciones social y sanitarias.

Bajo la denominación "Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes del Caribe colombiano", fue presentado en la Novena Convocatoria Interna de Proyectos de investigación, abierta por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Cartagena con Resolución 00332 del 20 de febrero del 2018. El proyecto resultó ganador y fue notificado oficialmente en la Resolución 02007 del 2018, por tanto, se celebró Acta de cumplimiento 092-2018 entre el Grupo de Investigación Salud de la Mujer y la Universidad de Cartagena. No obstante, el marco establecido en la denominación inicial, el proyecto ha evolucionado o madurado con la profundización conceptual y con la cualificación de los integrantes del semillero de investigación. Conservando su estructuración inicial, se han involucrado otros considerandos para explorar a mayor profundidad diversos factores en torno a la salud mental, por lo tanto se buscarán en el futuro inmediato nuevos abordajes y se plantearán otros diseños de investigación.

El estudio, desde su concepción inicial y en coherencia con el estado del arte ya señalado, se suma conceptual y estructuralmente a otro de los brazos del proyecto de investigación CAVIMEC, denominado "Oleadas de calor, insomnio y somnolencia diurnas en mujeres climáticas negras del Urabá antioqueño colombiano". Este estudio fue previamente desarrollado en población afrodescendiente residente en municipios del departamento de Antioquia, en el noroccidente de Colombia. Los resultados encontrados han sido ampliamente compartidos en artículos científicos, eventos académicos y en reuniones con la comunidad, dentro de los compromisos de apropiación social del conocimiento que hacen parte de la identidad del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Los datos encontrados están alojados en el libro de investigación *Síntomas menopáusicos, insomnio y disfunción del dormir en afrodescendientes colombianas*, que está disponible en el siguiente enlace:

[SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS, INSOMNIO Y DISFUNCIÓN DEL DORMIR EN AFRODESCENDIENTES COLOMBIANAS.pdf \(grupodeinvestigacion-saluddelamujer.com.co\)](https://grupodeinvestigacion-saluddelamujer.com.co/SINTOMAS_MENOPAUSICOS,_INSOMNIO_Y_DISFUNCION_DEL_DORMIR_EN_AFRODESCENDIENTES_COLOMBIANAS.pdf)



A la vez, el presente proyecto de investigación sobre salud mental se enmarca y se articula con en la declaración del Decenio Internacional para los Afrodescendientes, haciendo como propia la necesidad de fortalecer la cooperación nacional, regional e internacional en relación con el pleno disfrute de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de las personas de ascendencia africana y su plena e igualitaria participación en todos los aspectos de la sociedad. Agregamos los aspectos de tipo sanitario y los referentes a la conservación de una adecuada salud biopsicosocial.

Tanto el proyecto de investigación CAVIMEC, como los diferentes brazos aquí señalados y otros, han sido inscritos y avalados por la Vicerrectoría de Investigaciones, así como del Comité de Ética de la Universidad de Cartagena, en Colombia. Varios de los brazos han sido financiados total o parcialmente por la Universidad de Cartagena, luego de resultar ganadores en diferentes convocatorias.

Marco teórico y estado del arte

La menopausia hace parte del climaterio. Es una etapa en la vida de la mujer que sigue a la reproductiva y en la cual se presentan importantes cambios fisiológicos y psicológicos, influenciados fundamentalmente por aspectos endocrinológicos pero modulados por una larga lista de condicionantes sociales y culturales. Dentro del climaterio se encuentran las tres etapas de la menopausia, también denominadas estados menopáusicos: premenopausia, transición a la menopausia (en ocasiones señalada como la perimenopausia) y finalmente la posmenopausia. En todas estas etapas la mujer debe estar apropiada de elementos cognitivos y psíquicos que le permitan realizar los ajustes psicológicos y sociales indispensables para mantener el equilibrio emocional y afrontar adecuadamente las necesidades cotidianas de la vida (1,2,3,4).

Están bien establecidos los diferentes cambios endocrinológicos que se suceden y las consiguientes repercusiones somático-vegetativas que ocurren a consecuencia de la menopausia, la cual es definida como el

último periodo menstrual. No obstante, como la mujer no sólo es componente biológico, se hace necesario estudiar el aspecto psicológico y el entorno socioambiental para comprender adecuadamente el impacto que la caída del tenor estrogénico causa en la mujer (2,3).

Desde el punto de vista clínico y asistencial, en las últimas décadas la menopausia y el climaterio se han medicalizado de forma exagerada y se han asociado erróneamente a la presencia de enfermedad. Dos han sido recientemente los abordajes médicos incorrectos de la menopausia y el climaterio. En las postrimerías del siglo XX se difundió la necesidad de administración masiva y para siempre de algunos fármacos y preparados hormonales, lo cual era a todas luces incorrecto. Pocos años después fue inadecuadamente diseminada la información con respecto a los efectos secundarios y los potenciales riesgos de esos preparados hormonales, lo que conllevó un abandono generalizado de la medicación, perjudicando a mujeres que la ameritaban y con lo que su salud se beneficiaba. Los dos hechos, que se sitúan por fuera del adecuado juicio clínico, contribuyeron con desinformación de lo que de veras representa para la mujer la menopausia y el climaterio. Titulares de prensa y numerosa información generada por medios de comunicación mal orientados y desconociendo la biología y la endocrinología menopáusica, generaron situaciones de desconcierto y preocupación en las mujeres y en la sociedad. Actualmente, con respecto a menopausia, climaterio y administración de hormonas para la menopausia, es grande la percepción comunitaria equivocada, con preocupaciones innecesarias, con peor adaptación psicológica a esta etapa natural y con mayor presencia de estrés psicológico percibido, ansiedad, irritabilidad y pánico, que los que se presentan en el discurrir natural de la mediana edad rumbo a la etapa vital del adulto mayor (5).

El climaterio y la menopausia se deben valorar integralmente, teniendo en cuenta lo biológico, lo psicológico y las influencias de las costumbres étnico-culturales, sociales y el ambiente que rodea a cada persona en particular (4,5,6). Si bien ha sido señalado que el ser humano es biología e historia, por tanto, es cuerpo y mente, es aceptar que está influenciado o permeado por la cultura. Mirar o valorar la menopausia y el climaterio

solo como el fin de la vida reproductiva o el cese definitivo de los episodios menstruales, sin tomar en consideración aspectos psicobiológicos y sin estimar la influencia o el impacto en la salud mental que genera el déficit estrogénico, es hacer un enfoque simplista y material de la menopausia y el climaterio, situación que se sucede con frecuencia.

Se hace necesario estudiar a las mujeres en menopausia o climaterio, involucrando elementos conceptuales psicosociales. Combinar adecuadamente la presencia y la severidad de los síntomas menopáusicos clásicos que explora la endocrinología ginecológica, con las sensaciones, las experiencias objetivas y subjetivas de la mujer, e incluso con las respuestas personales a las exigencias del entorno, incluidas las presiones familiares y sociales, para dimensionar adecuadamente lo inherente a la salud mental y la calidad de vida en general. Es desafortunado para la integridad de la mujer, que aún persistan las visiones o percepciones de discriminación y las frases despectivas sobre la menopausia. Esas posturas se relacionan con una sustancial reducción en la valoración social de la mujer en general y en especial de las que cursan el climaterio (7,8,9).

Todas las mujeres en climaterio tienen derecho a ser evaluadas en su calidad de vida. El climaterio y la menopausia deben ser vistos como “tiempo de mujer”, que ofrece acciones médico-sanitarias enfocadas hacia la prevención de las enfermedades que suelen generar morbilidad, discapacidad, dependencia y muerte temprana en la mujer adulta mayor. La menopausia ofrece oportunidad para realizar medicina preventiva. La atención sanitaria de las mujeres que se encuentran en la etapa de climaterio debe incluir la adecuada valoración de todos los componentes que modifican la percepción de bienestar y generan manifestaciones patológicas. Las afecciones o entidades nosológicas sean biológicas o psicológicas, así como las influencias sociales, pueden incrementar los síntomas menopáusicos. La identificación y la adecuada interpretación de los fenómenos alrededor de la menopausia se deben cumplir en el marco de la labor asistencial de adecuada calidad y articulada con la atención primaria. Simultáneamente se debe realizar adoctrinamiento sobre los condicionantes culturales que generan ambientes que terminan reduciendo los espacios de felicidad y deteriorando la calidad de

vida. Esos condicionantes cambian según las regiones geográficas y las épocas. Por tanto, la búsqueda y la exploración de todos los aspectos sociales que rodean el último periodo menstrual, lo que sucede en los años que le anteceden y en los que le siguen, deben ser permanente y en todos los conglomerados de mujeres (5,6,7,8,9,10).

La menopausia y el climaterio también se relacionan en diversa magnitud con una mayor presencia de estados depresivos, con deterioro en la capacidad cognitiva y con dolencias físicas, por medio de mecanismos fisiopatológicos aún controvertidos o en vías de esclarecimiento. Muchos de dichos mecanismos se entrecruzan o están directamente encadenados con los procesos del envejecimiento celular y orgánico. Varios aspectos de tipo psicológico se han agrupado bajo el término: Síndrome Psico-neurobiológico o Psico-fisiológico de la Menopausia. Consideración que involucra: los trastornos del sueño, en especial el insomnio; los trastornos afectivos, los síntomas depresivos (sobre todo la melancolía y la astenia), los indicadores de depresión como los trastornos del comportamiento alimentario, la falta de concentración, la pérdida de la autoestima, el aislamiento social, los trastornos de la ansiedad, el nerviosismo y los brotes de irritabilidad sin motivos justificados y alteraciones de la sexualidad (10). Todos estos aspectos neurobiológicos tienen importante frecuencia en los estados menopáusicos, sobre todo en la perimenopausia (4). No obstante, hace falta investigación y puntualización teniendo presente condicionantes geográficos y étnico/raciales. La mayoría de los estudios que los abordan han sido realizados en mujeres caucásicas o residentes en países en desarrollo, y los resultados se suelen extrapolar a poblaciones afrodescendientes, amerindias o nativas colombianas, latinoamericanas o de otros países de bajos/medianos ingresos pese a conocerse de la existencia de importantes limitaciones.

La menopausia y el climaterio entregan una gran oportunidad para realizar actividades educativas a las mujeres. La instrucción impartida debe dimensionar y articular la realidad con las expectativas fundamentales de la mujer. Se debe en esa instancia desmitificar la menopausia y sus componentes sintomatológicos, sobre todo los de tipo psicológicos. La

mujer es la primera llamada a comprender la realidad del climaterio y hacer conciencia de su propia capacidad a afrontar las nuevas exigencias emocionales, las deficiencias estrogénicas producto de los cambios endocrinológicos y manejar el estrés cotidiano derivado de las influencias y presiones del entorno familiar y social, así como de las influencias endógenas de tipo fisiológico o fisiopatológico.

Durante toda su vida las mujeres tienen mayor riesgo de depresión y ansiedad que los varones, es incluso más del doble en algunos momentos y en directa relación con modificaciones hormonales. Esos momentos son: los episodios menstruales, el embarazo, la transición a la menopausia y la posmenopausia (11).

Son diversos los mecanismos endocrinos y varios los neurotransmisores cerebrales que pueden participar en la explicación fisiopatológica de los síntomas depresivos que están en relación con la menopausia y con las distintas etapas del climaterio. Sin embargo, es controvertida la relación entre los estrógenos con los síntomas depresivos. La hipótesis de la asociación de síntomas depresivos con bajos niveles de estrógenos (hipoestrogenismo) no ha sido demostrada de manera consistente en todos los estudios. Por otro lado, se ha señalado que son los niveles irregulares o inestables en la producción estrogénica los que guardan relación con el aumento en la vulnerabilidad a los trastornos depresivos. No obstante, se puede señalar que los estudios han mostrado resultados contradictorios (12). Más recientemente se ha indicado que un polimorfismo en los genes de los receptores de estrógeno alfa está asociado con el estado de ánimo y con otros resultados cognitivos (13). Se ha estudiado el papel de los andrógenos, pero los resultados también son inconsistentes (12).

Pese a lo anterior, el aumento de la prevalencia de síntomas depresivos en la menopausia es un hallazgo común en grandes estudios poblacionales. En el *Pennsylvania Ovarian Aging Study* [POAS], el riesgo de síntomas depresivos fue casi tres veces mayor en mujeres que se encontraban en la transición menopáusica comparadas con las que estaban aún en premenopausia (14).

Es bien conocido y aceptado que la depresión tiene efectos deletéreos en la vida de la mujer. Afecta sus relaciones sociales, la pone en riesgo de suicidio e incluso tiene implicaciones para su salud física. Los síntomas depresivos se han asociado con enfermedad cardiovascular, diabetes y aumento del riesgo de recurrencia de eventos coronarios (15,16). Un estudio en el Reino Unido, en 896 mujeres trabajadoras que reportaron los síntomas climatéricos que más les afectaban la vida laboral, se encontró que la depresión era uno de los principales, así como la falta de concentración, el cansancio físico mental y las alteraciones de la memoria (17). La depresión, entonces, afecta la vida laboral de la mujer, le compromete su productividad, eficiencia y satisfacción laboral, afectando, por lo tanto, su calidad de vida (18).

Varios estudios de corte transversal han medido síntomas depresivos, así como trastornos depresivos en la menopausia, con resultados variables. Algunos autores (19) han encontrado asociación entre transición menopáusica con los síntomas depresivos. Otros, informan no haber observado dicha asociación (20). Sin embargo, grandes estudios longitudinales que han medido síntomas depresivos con escalas validadas desde la transición menopáusica hasta la posmenopausia han señalado la presencia de asociación positiva e independiente de diferentes factores de riesgo con depresión. Uno de esos estudios es el *Study of Women's Health Across the Nation* [SWAN] (21), estudio longitudinal, multicéntrico, norteamericano que se inició en 1994, diseñado para examinar en cinco etnias diferentes la salud de las mujeres de mediana de edad. Para valorar síntomas depresivos han utilizado la escala: CES-D [*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*] y han notificado haber encontrado mayor riesgo de síntomas depresivos, a medida que la mujer atravesaba la transición menopáusica, independiente de diversos factores demográficos, psicosociales y comportamentales. Otra de las conclusiones de interés es que, a los cinco años de seguimiento, el riesgo de desarrollar síntomas depresivos fue estadística y significativamente mayor en la perimenopausia temprana [OR:1,30], en la perimenopausia tardía [OR: 1,70] y en la posmenopausia [OR: 1,57], comparados con la etapa de premenopausia. Lo que permite deducir es que los síntomas depresivos aparecen en la transición menopáusica y persisten después de la menopausia.

Lo anterior es corroborado por el estudio POAS (14,22) que documentó que la prevalencia de los síntomas depresivos fue más frecuente en la transición menopáusica que en la premenopausia o en la posmenopausia. De igual manera, en el estudio *Seattle Midlife Women's Health Study* (23) encontraron asociación significativa entre los síntomas depresivos con la perimenopausia tardía. Sin embargo, hacen falta más estudios, es limitación la diversidad de herramientas utilizadas para la medición de los síntomas de depresión (cuestionarios de auto reporte o valoraciones clínicas), la severidad del cuadro o la sola presencia, los factores de confusión considerados y los antecedentes en cuanto a las fortalezas de la salud mental o la preexistencia de patologías mentales (12).

Son varios los predictores de depresión en la menopausia que se han señalado. Uno de los más importantes es el antecedente de síntomas, eventos o trastornos depresivos. También es valor enunciar: el inadecuado manejo o el convivir con situaciones estresantes, poseer actitudes negativas hacia la menopausia y hacia el envejecimiento, tener menopausia quirúrgica, presentar síntomas vasomotores severos o por tiempo prolongado, el antecedente de cambios de humor, irritabilidad, cansancio físico mental o nerviosismo, especialmente en relación con el sangrado menstrual, el antecedente de tensión premenstrual, o de depresión posparto (21,22,23,24,25). Realizar adecuadamente la historia clínica a las mujeres climatóricas, permite explorar estos factores de riesgo. Ello equivale a identificar las mujeres que tendrían una mayor vulnerabilidad para la depresión en esta etapa de su vida (20).

Otros factores también guardan relación con la depresión en la menopausia. El estudio SWAN (21) ha notificado: ser fumadora actual, tener bajo apoyo social, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad y alto índice de masa corporal. El mismo estudio SWAN, al valorar los síntomas depresivos según aspectos étnicos/raciales, ha notificado mayor presencia de síntomas depresivos en afroamericanas y en mujeres de origen latinoamericano (hispanas) que, en norteamericanas, efecto que se atenúa al hacer ajustes por factores sociodemográficos, psicosociales y de salud (20). Condicionantes psicosociales y de salud están relacionados con la depresión, la ansiedad y el estrés.

Por lo anterior, existe la exigencia de estudiar los aspectos que están involucrados en el “Síndrome Psico-neurobiológico o Psico-fisiológico de la Menopausia en cada una de las comunidades de mujeres en climaterio y menopausia, ya que aspectos culturales, la imagen corporal y social de ser mujer, el rol dentro de la familia y la sociedad, lo étnico/racial, las creencias, los hábitos y las costumbres, así como influencias del entorno, participan efectivamente en la frecuencia y severidad de las manifestaciones menopaúsicas, que también son conocidas con las quejas o los síntomas de la menopausia (6,9). Por tanto, es mandatorio que sean explorados suficientemente en cada población o en cada conglomerado de mujeres, para establecer la estructuración y la severidad de los planes que conlleven la conservación de la salud mental y la prevención y manejo de los síntomas de deterioro de la salud mental y de las enfermedades psiquiátricas.

Los estudios en población latinoamericana, afrodescendientes y amerindia sobre depresión y menopausia son limitados tanto en cantidad de estudios como en población incluida. Un estudio chileno que evaluó 171 mujeres, con edad entre 45 a 55 años, no encontró relación entre variables de la menopausia, la baja escolaridad y la ausencia de trabajo remunerado, con los síntomas depresivos o con los somato vegetativos (10). En Colombia también hay escasos estudios que exploran la relación entre síntomas psicológicos de la menopausia con otras consideraciones biopsicosociales. Especialmente hacen falta amplias evaluaciones sobre síntomas depresivos, irritabilidad, ansiedad o cansancio físico mental en comunidades afrodescendientes, las cuales también pudiesen denominarse afrocolombianas. Es importante la presencia de esta etnia/raza en todas las regiones geográficas, sobre todo en la región Caribe, en el occidente y en las costas del Océano Pacífico.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer es pionero al evaluar a la mujer de mediana edad teniendo en consideraciones aspectos étnicos (26,27,28,29). El proyecto de investigación Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas [CAVIMEC], se viene desarrollando desde el año 2008 y ha señalado que la frecuencia y la severidad de

los síntomas de la menopausia son diferentes según la etnia a la cual pertenecen las mujeres (26). En un estudio utilizando la escala universal de los síntomas de la menopausia, *Menopause Rating Scale* (MRS), a la postre la que tiene el mayor número de validaciones, traducciones y publicaciones a nivel mundial, encontró que el 48,1% de las mujeres afrodescendiente colombianas, hijas de padre y madre de raza negra y de una u otra manera descendientes de esclavos traídos durante la colonización española, de color de piel negra y residentes en asentamiento de comunidades con auto reconocimiento como afrodescendientes, tuvieron puntuación que indicaba deterioro severo psicológico. Por lo contrario, el mismo deterioro se encontró en el 10,4% de las mestizas, hijas de padre y madre de diferentes etnias o regiones geográficas y sin color de piel negro. Entre indígenas residentes en reconocidos resguardos de comunidades amerindias se encontró que el 5,2% presentaban deterioro severo psicológico. Las diferencias observadas en estas tres comunidades étnicas fueron estadísticamente significativas $p < 0,0001$. Además, indicó que las mujeres climatéricas afrodescendientes residentes en el Caribe colombiano comparadas con mestizas (no indígenas), tuvieron OR: 6.58 [IC95%:3.2-13.2] para presentar deterioro psicológico. (26).

Monterrosa-Castro et al (27) encontraron que entre mujeres afrodescendientes y residentes en ciudades o municipios del Caribe colombiano, el 66,2% suelen referir estado ánimo depresivo y ansiedad, el 64,2%. No obstante, aún hace falta identificar suficientemente en población colombiana climatérica en general y específicamente en afrodescendientes, los factores asociados a esas alteraciones psicológicas, ya que la menopausia socialmente está cargada de diversas connotaciones que cambian según las regiones.

Existen importantes vacíos en cuanto a la evaluación de los condicionantes de vida que deterioran la salud mental o que predisponen para enfermedades mentales en afrodescendientes climatéricas. Hay carencias de conocimientos en cuanto a los nuevos conceptos de “Salud Mental Positiva” y la etapa vital del climaterio. No se ha estudiado aún en mujeres menopáusicas sobre la apropiación de herramientas de

afrontamiento para manejar la instalación de los síntomas de la menopausia, ni para enfrentar las percepciones e incluso presiones sociales en relación con la menopausia y el climaterio. Son escasos los estudios realizados entre mujeres de comunidades afrodescendientes colombianas y en poblaciones latinoamericanas donde se exploren aspectos referentes a la menopausia y el climaterio. Existe la necesidad de explorar componentes psicosociales de la menopausia para alimentar las políticas gubernamentales con el fin de mejorar la calidad de vida de la mujer afrocolombiana en etapa de climaterio. También para proponer planes y acciones que se deben aplicar al interior de las comunidades, unidades sanitarias y en la consulta rutinaria de atención primaria o especializada.

Pregunta de investigación

El proyecto de investigación fue estructurado con diseño observacional y siendo un brazo que hace parte del proyecto de investigación CAVI-MEC, se estructuró y se adelantó alrededor de la siguiente pregunta de investigación: ¿En qué magnitud diversos factores sociales, demográficos, culturales, biológicos, fisiológicos o patológicos, se asocian significativamente a deterioro psicológico, síntomas de depresión, de ansiedad, de nerviosismo o irritabilidad, a cansancio físico mental o a estrés psicológico percibido, en mujeres afrodescendientes que residen en poblaciones que pertenecen a la región Caribe colombiana, según los diferentes estados menopáusicos?

Objetivo general

Evaluar la presencia y severidad del deterioro psicológico: irritabilidad, ansiedad, cansancio físico mental y el estado de ánimo depresivo, estimando su asociación con factores biopsicosociales en mujeres afrodescendientes residentes en poblaciones del Caribe colombiano, teniendo en cuenta el estado menopáusico.

Objetivos específicos

- Estimar la presencia y severidad del deterioro psicológico, la irritabilidad, la ansiedad, el cansancio físico mental, los síntomas depresivos y el estrés psicológico percibido, de acuerdo con el estado premenopáusico, la transición a la menopausia y la posmenopausia.
- Correlacionar las puntuaciones obtenidas en los síntomas menopáusicos: irritabilidad, ansiedad, cansancio físico mental, manifestaciones depresivas y el estrés psicológico percibido con las puntuaciones de otros síntomas menopáusicos de tipo somato vegetativo (oleadas de calor, palpitaciones cardíacas, dolores musculoesqueléticos y trastornos del sueño), urogenital (problemas de vejiga, sequedad urogenital, síndrome genitourinario de la menopausia) y otras alteraciones biopsicosociales (insomnio, somnolencia diurna excesiva, trastorno del comportamiento alimentario, religiosidad, disfunción sexual, enfermedades metabólicas y alteraciones nutricionales).
- Comparar la frecuencia de irritabilidad, ansiedad, cansancio físico mental, síntomas depresivos y el estrés psicológico percibido en mujeres afrodescendientes en los tres estados menopáusicos que hacen parte del climaterio, según la presencia de oleadas de calor.
- Identificar la asociación y la significancia estadística entre los estados nutricionales (infra peso, obesidad y sobrepeso) y los metabólicos (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular y riesgo cardiovascular elevado) con irritabilidad, ansiedad, cansancio físico mental, síntomas depresivos y estrés psicológico percibido, en mujeres afrodescendientes residentes en el Caribe colombiano.
- Estimar la asociación entre el antecedente de histerectomía abdominal, ooforectomía bilateral y menopausia quirúrgica con irritabilidad, ansiedad, cansancio físico mental, síntomas depresivos y estrés psicológico percibido, en mujeres afrodescendientes residentes en el Caribe colombiano y la presencia de depresión, ansiedad y estrés.

Metodología

En el estudio se incluyeron mujeres afrodescendientes urbanas y rurales, nacidas y residentes en poblaciones de la costa Caribe colombiana. Las mujeres participantes tenían rasgos fenotípicos y color de piel de la raza negra y eran hijas de padre y madre de dicha etnia. Tanto la participante como sus progenitores se auto reconocieron como descendientes de africanos traídos como esclavos en la época de la Colonia.

Un grupo de encuestadoras, profesionales de la salud previamente capacitadas y perteneciente a las mismas comunidades, visitaron puerta a puerta los municipios seleccionados, identificando y escogiendo al azar a las participantes, estableciendo que cumplieran los criterios de inclusión, explicando los alcances de la investigación y el contenido del formulario en el cual se sentaría la información. La participación fue voluntaria y anónima, previa firma del consentimiento informado.

Los siguientes fueron los criterios de inclusión: (1) Ser mujer afrodescendiente. (2) Tener entre 40 y 59 años. (3) Realizar sus actividades cotidianas, domesticas o laborales. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: (1) Estar embarazadas o haber tenido un parto en los últimos tres años. (2) Tener alguna limitación psíquica, física o de lectoescritura que les impidiera diligenciar el instrumento o cumplir con las instrucciones que se impartían.

Con las mujeres que aceptaron participar y no fueron excluidas, se concertó una reunión o segunda visita individual o colectiva para diligenciar el formulario. Inicialmente las encuestadoras explicaron detalladamente el formulario y se interrogó sobre la adecuada comprensión. Se indicó a las mujeres que se podían retirar del estudio y dejar el formulario incompleto si era su deseo. Una vez finalizada la aplicación del formulario, a las participantes se les tomó tensión arterial con un tensiómetro digital (mm/hg), estatura con un tallímetro de pared (cm), peso con una balanza digital (kg) y tanto la circunferencia de la cintura como la de la cadera, con una cinta métrica (cm).

Todas las participantes recibieron de las encuestadoras y de los investigadores ilustración e información general sobre menopausia, climaterio y síntomas menopaúsicos. Las que tuvieron cifras tensionales elevadas fueron enviadas a atención médica a la entidad prestadora de salud a la cual se encontraban afiliadas. Igualmente se referenciaron todas las que manifestaron poseer situaciones clínicas o se les encontraron condiciones que ameritaban atención sanitaria urgente, prioritaria o a través de consulta electiva.

La obtención de la información se realizó con un formulario especialmente diseñado para la investigación que tenía tres partes. La primera interrogó aspectos sociodemográficos, personales y clínicos: zona de residencia, edad, estado marital, número de hijos, estado menopáusico, antecedente de menopausia quirúrgica, número de años desde la posmenopausia, presencia de compañero sexual, uso de terapia hormonal para la menopausia, hábito de fumar, consumo de café, diagnóstico previo de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria o hipotiroidismo.

La segunda parte incluyó siete escalas para tomar información sintomatológica de la menopausia, manifestaciones clínicas o percepciones individuales sobre síntomas menopaúsicos, alteración del sueño, trastornos del comportamiento alimentario, religiosidad/espiritualidad, disfunción sexual, depresión, nerviosismo, irritabilidad, cansancio físico mental, ansiedad y estrés psicológico percibido. Estas escalas que fueron escogidas por los autores del proyecto de investigación son referentes actuales de exploración de las temáticas específicas que exploran, son ampliamente conocidas y utilizadas a nivel mundial, han sido validadas y traducidas a varios idiomas, consideradas sencillas, fáciles de aplicar y están disponibles libremente en lengua española. Varias de ellas han sido utilizadas en otros grupos poblacionales colombianos por los diferentes brazos del proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas], SEX-MAY [Sexualidad en la mujer mayor], TIROIDES Y MENOPAUSIA, MORFEN [Disturbios del sueño en la mujer colombiana].

[A] Menopause Rating Scale [MRS]

Esta es una escala para identificar y establecer la severidad de la sintomatología menopáusica, deterioro psicológico, urogenital, somático vegetativo y de la calidad de vida. Fue desarrollada a comienzos de los años noventa, como una escala específicamente para la menopausia. Está compuesta por once preguntas que exploran sobre la presencia y severidad de síntomas menopáusicos y se responden tipo Likert. Califica cada síntoma como ausente, leve, moderado, severo o muy severo; se asigna una puntuación desde cero hasta cuatro, respectivamente. Se agrupan las once preguntas en tres dominios: somático vegetativo (oleadas de calor, molestias cardíacas, alteración del sueño y molestias músculo articulares), psicológico (estado de ánimo depresivo, irritabilidad o nerviosismo, ansiedad y cansancio físico mental) y urogenital (problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad vaginal). La sumatoria de la puntuación de los ítems de cada dominio establece el deterioro del dominio, de acuerdo con puntos de corte establecidos en la publicación inicial de la escala. Los puntos de los tres dominios se suman e indican la calidad de vida. A mayor puntuación de cada ítem, dominio o puntuación total, es mayor el deterioro del síntoma, del dominio y de la calidad de vida. Este instrumento define como compromiso severo somatovegetativo el puntaje superior a 8, compromiso severo psicológico más de 6 puntos y urogenital superior a 3. Si la puntuación total de la escala es superior a 16, es indicativo de deterioro severo de la calidad de vida. (30). Cuadro 1

Cuadro 1 Menopause Rating Scale [MRS]						
Ítems		Nin- guno	Leve	Mode- rado	Severo	Muy Severo
1	Oleadas de calor, sofocos, sudoraciones o bochornos.	0	1	2	3	4
2	Molestias cardíacas, palpitaciones, taquicardias, latidos u opresión torácica.	0	1	2	3	4
						Continúa ...

**Afectación de la salud mental en
afrodescendientes climáticas del Caribe colombiano**

Continuación						
Ítems		Nin- guno	Leve	Mode- rado	Seve- ro	Muy Severo
3	Problemas de sueño, dificultad para dormir, despertarse temprano, despertar con facilidad					
4	Estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor.	0	1	2	3	4
5	Irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva.	0	1	2	3	4
6	Ansiedad, impaciencia, pánico, inquietud interna.	0	1	2	3	4
7	Cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración.	0	1	2	3	4
8	Problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad o en la satisfacción sexual.	0	1	2	3	4
9	Problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar o salida sola de orina.	0	1	2	3	4
10	Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor o problemas a la hora de realizar el coito.	0	1	2	3	4
11	Problemas musculares o de las articulaciones, dolores reumatoides o articulares.	0	1	2	3	4

[B] Escala SCOFF

Herramienta que fue propuesta por Morgan y colaboradores en 1999. Es una escala sencilla, consta de cinco ítems o preguntas que valoran síntomas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en los tres últimos meses. Tiene un patrón de respuesta dicotómica, para señalar si o no. Cada respuesta afirmativa recibe una puntuación de uno. Puntuación global de la escala de dos o más indica condición de riesgo para trastorno del comportamiento alimentario. Posee sensibilidad del 100% para identificar bulimia y anorexia nerviosa, y especificidad del 80 y 85%, respectivamente. El nombre de la escala se deriva del acrónimo en inglés, que considera la letra inicial de cada ítem: *Sick* (enfermedad), *Control* (control), *Outweigh* (pérdida de peso), *Fat* (gordo), *Food* (comida). (31) Cuadro 2

Cuadro 2 Escala SCOFF	SI	NO
¿Tiene sensación de estar enferma porque siente el estómago lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses?		
¿Cree que está gorda, aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		

[C] Escala breve de Francis

La escala breve de Francis es una herramienta que permite explorar la actitud de una persona ante el cristianismo y es usualmente reconocida como la escala Francis-5. Es un cuestionario auto administrado de cinco preguntas que cuantifica la actitud con Dios, Jesús y la oración. Es una

escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, con posibilidad de puntuación de 0-20, a mayor puntuación se indica actitud más positiva ante el cristianismo. (32) Cuadro 3

Cuadro 3					
<i>Escala breve de Religiosidad de Francis</i>					
	Muyen Desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy Segura	De Acuerdo	Muyde Acuerdo
Yo sé que Cristo me ayuda	0	1	2	3	4
Dios me ayuda a llevar una vida mejor	0	1	2	3	4
Dios significa mucho para mí	0	1	2	3	4
Orar me sirve de mucho	0	1	2	3	4
Sé que Jesús está muy cerca de mí	0	1	2	3	4

[D] Female Sexual Function Index, versión abreviada [FSFI-6]

Este instrumento permite valorar cuantitativamente aspectos en relación con la sexualidad humana y es ampliamente utilizado para evaluar la función sexual femenina en las últimas cuatro semanas; se compone de seis preguntas y cada una explora un dominio: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (33). La primera pregunta tiene cinco opciones de respuesta y explora el deseo sexual. Las otras cinco preguntas identifican las que no tienen actividad sexual y establece cinco opciones de respuesta a cada dominio. El puntaje total de la escala FSFI-6 es la suma aritmética de los dominios. La máxima puntuación de cada dominio es cinco puntos y la menor es un punto. Entre más alto es el puntaje de cada dominio y de la puntuación total es mejor la sexualidad. La puntuación total de la escala oscila entre 6 y 30 puntos. Se define la presencia de disfunción sexual con un puntaje menor a 19. Es posiblemente la herramienta más ampliamente utilizada a nivel mundial para medir la sexualidad humana femenina. Cuadro 4

Cuadro 4
Female Sexual Function Index,
versión abreviada [FSFI-6]

En las últimas cuatro semanas						
	0	5	4	3	2	1
¿Cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?		Muy alto	Alto	Modera- do	Bajo	Muy bajo a nulo
¿Cómo calificaría su nivel de excitación durante la actividad sexual?	Sin actividad sexual	Muy alto	Alto	Modera- do	Bajo	Muy bajo a nulo
¿Con qué frecuencia lubrica durante la actividad sexual?	Sin actividad sexual	Casi siempre o siempre	Mayoría de veces	A veces	Alguna vez	Casi nunca o nunca
Cuando usted tiene estimulación sexual o penetración, ¿qué tan seguido alcanza orgasmo?	Sin actividad sexual	Casi siempre o siempre	Mayoría de veces	A veces	Algunas veces	Casi nunca o nunca
Continúa ...						

Continuación						
En las últimas cuatro semanas						
	0	5	4	3	2	1
¿Qué tan satisfecha está con su vida sexual?	Sin actividad sexual	Muy satisfecha	Moderada satisfacción	Igualmente satisfecha e insatisfecha	Moderada insatisfacción	Muy insatisfecha
¿Con qué frecuencia siente usted incomodidad o dolor durante una penetración vaginal?	No realiza penetración	Casi nunca o nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de las veces	Casi siempre o siempre

[E] Escala de somnolencia diurna de Epworth

La escala de Epworth es la herramienta más importante a nivel global para establecer la presencia y severidad de la somnolencia diurna excesiva. Es un cuestionario validado ampliamente y traducido a numerosas lenguas, que evalúa la tendencia a quedarse dormido en ocho situaciones sedentarias diferentes (sentado leyendo, mirando televisión, inactivo en un lugar público, como pasajero en un carro, durante una hora de marcha continua, acostado descansando, sentado conversando con alguien, sentado y tranquilo después de un almuerzo sin alcohol y en un carro como conductor mientras se detiene unos minutos en una congestión de tránsito). Como se puede observar, todas las mediciones son partes de la vida diaria. Cada ítem tiene varias opciones de respuesta, a las cuales se asignan entre 0-3 puntos. La severidad de la somnolencia diurna es mayor a medida que se aumenta el puntaje. Puntuación de 0-7 es considerada somnolencia diurna normal, 8-9 puntos es excesiva.

va somnolencia diurna leve, 10-15 puntos moderada y, 16 o más puntos indican excesiva somnolencia diurna grave. Se considera somnolencia diurna patológica, la presencia de excesiva somnolencia diurna moderada y grave (35). Cuadro 5

Cuadro 5 Escala de somnolencia diurna de Epworth				
Pregunta	0	1	2	3
Se queda dormida sentada y leyendo.	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
Se queda dormida viendo la TV.	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
Se queda dormida sentada e inactiva en un lugar público (cine, teatro, conferencia).	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
Se queda dormida como pasajera de carro.	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
Se queda dormida estirada para descansar al mediodía.	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
Continúa ...				

Continuación				
Pregunta	0	1	2	3
Se queda dormida sentada y hablando con otra persona.	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
Se queda dormida sentada tranquilamente después de una comida sin alcohol.	Nunca Tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
Se queda dormida en un carro detenido por unos minutos en el tránsito por ejemplo en el semáforo.	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño

[F] Escala de Insomnio de Atenas

Usualmente denominada Escala de Atenas, está validada al español por Menclares & Jiménez, ampliamente utilizada (35). Existe estudio en mujeres climáticas colombianas realizado por Monterrosa, et al (29). La escala permite identificar la presencia subjetiva de insomnio. Es un instrumento auto administrado, diseñado para cuantificar subjetivamente trastornos del dormir e insomnio. Compuesta por ocho ítems, donde los cinco primeros evalúan la dificultad de inducción del sueño, despertares nocturnos, despertar temprano, total de duración del sueño y calidad total del sueño. Los otros tres exploran las consecuencias diurnas del insomnio: problemas sobre la sensación de bienestar, funcionamiento y somnolencia diurna. A mayor puntuación, mayor severidad del deterioro. Puntuación superior a 5 indica presencia de insomnio (36). Cuadro 6.

Cuadro 6
Escala de Insomnio de Atenas

Las siguientes preguntas buscan registrar problemas en el dormir que usted pudiera haber experimentado.
Elija la opción que más se aproxime

<p>1 Inducción del dormir (Tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).</p> <p>() Ningún problema () Ligeramente retrasado () Marcadamente retrasado () Muy retrasado o no durmió en absoluto.</p>	<p>2 Despertares durante la noche.</p> <p>() Ningún problema () Problema menor () Problema considerable () Problema serio o no durmió en Absoluto</p>
<p>3 Despertar final más temprano de lo deseado.</p> <p>() No más temprano () Un poco más temprano () Marcadamente más temprano () Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.</p>	<p>4 Duración total del dormir.</p> <p>() Suficiente () Ligeramente insuficiente. () Marcadamente insuficiente. () Muy insuficiente o no durmió en absoluto.</p>
<p>5 Calidad general del dormir (No importa cuánto tiempo durmió usted).</p> <p>() Satisfactoria () Ligeramente insatisfactoria () Marcadamente insatisfactoria () Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto</p>	<p>6 Sensación de bienestar durante el día.</p> <p>() Normal () Ligeramente disminuida () Marcadamente disminuida () Muy disminuida</p>
<p>7 Funcionamiento físico y mental durante el día.</p> <p>() Normal () Ligeramente disminuido () Marcadamente disminuido () Muy disminuido</p>	<p>8 Somnolencia durante el día.</p> <p>() Ninguna () Leve () Considerable () Intensa</p>

[G] Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21]

DASS-21 es un instrumento desarrollado en 1998 por Antony (37), como versión abreviada de la inicialmente propuesta por los hermanos Lovibonden, en 1995. La escala DASS-21 posee alta consistencia interna, alfa de Cronbach desde 0.87-0.94 para los dominios y adecuada validez, ampliamente utilizada con versiones validadas en español. El dominio depresión aborda aspectos relacionados con el bajo afecto positivo, las emociones desagradables o molestas, la desesperanza, la tristeza y la pérdida de interés. El dominio ansiedad evalúa aspectos relacionados con la activación psicofisiológica, la excitación autonómica (sudor de manos, temblor, etc.) y experiencias subjetivas de ansiedad. El dominio estrés, evalúa la dificultad para estar relajado, la excitación nerviosa, agitación, irritabilidad y la impaciencia. Las puntuaciones se calculan sumando los puntos obtenidos en la evaluación de los ítems de cada uno de los dominios. A cada dominio pertenecen siete preguntas, al dominio depresión: [3,5,10,13,16,17,21], al dominio ansiedad: [2,4,7,9,15,19,20] y al dominio estrés: [1,6,8,11,12,14,18]. Cada ítem se califica en una escala de cuatro puntos que va desde 0 (no se aplicaba a mí en absoluto) a 3 (se aplica a mí mucho), dejando dos puntuaciones intermedias. Se aplica para el último mes y a mayor puntuación mayor severidad. A la vez permite clasificar a los tres dominios como normal, leve, moderada, severa y extremadamente severa (38). Cuadro 7.

Cuadro 7 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21]				
En el último mes	No se aplica a mí en absoluto			Se aplica mucho a mí
1. Me costó mucho relajarme.	0	1	2	3
2. Me di cuenta de que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo.	0	1	2	3
Continúa ...				

Continuación				
En el último mes	No se aplica a mí en absoluto			Se aplica mucho a mí
4. Se me hizo difícil respirar.	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en algunas situaciones.	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban.	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios.	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por qué vivir.	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba.	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido.	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. Sentí que estaba a punto de pánico.	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable.	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón.	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	1	2	3

La tercera parte del formulario era un espacio para registrar la tensión arterial tomada con un tensiómetro digital (mm/hg), para anotar la estatura medida con un tallímetro de pared (cm), el peso establecido con una balanza digital (kg) y la medición (cm) con una cinta métrica de la circunferencia de la cintura como la de la cadera.

Los formularios aplicados por las encuestadoras y diligenciados por las mujeres participantes fueron conservados en custodia en la sede del Grupo de Investigación Salud de la Mujer y semanalmente fueron revisados por los investigadores. Los correctamente diligenciados fueron numerados y legajados en una carpeta denominada “Estudios”. Los incorrectamente diligenciados o incompletos fueron numerados y legajados en una carpeta denominada “Eliminados”. Al completar el diligenciamiento del total de formularios que se ameritaban para el estudio, se realizó la digitación de la información presente en los que estaban legajados en la carpeta estudio. Se creó una base de datos con el programa informático Excel[®], se realizó la depuración necesaria y se tuvo la información disponible para el análisis estadístico.

Tamaño de la muestra. Para establecer el tamaño de la muestra se utilizó la proyección al año 2015 del Censo Poblacional Colombiano del año 2005 adelantado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Cuando se realizó el diseño del estudio en febrero del 2015, los datos del censo estaban disponible en el siguiente enlace:

<http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>

El censo del 2005 estableció que las mujeres residentes en Colombia con edad entre 40 a 59 años eran 4.347.590 y estimó una proyección para el 2015 de 5.579.235 mujeres en dicho rango etario. También, por medio de dicho censo poblacional, se estableció que el 10,6% de los colombianos se auto reconocían como afrocolombianos (término que incluye a la población raizal del archipiélago de San Andrés Islas, a los palenqueros de San Basilio, a negros, a mulatos y a afrodescendientes en general). Por lo que se estimó una población de mujeres colombianas afrodescendientes por auto reconocimiento de 592.514, entre 40-59

años. El mismo censo estableció que el 32,0% de los afrocolombianos estaban asentados en los ocho departamentos del Caribe, por lo cual se estableció un universo de 189.605 mujeres, siendo el 35,9% en el departamento de Bolívar y el 64,1% proporcionalmente en los otros siete entes departamentales. Por tanto, se calculó un tamaño de la muestra de 384 mujeres, con heterogeneidad del 50%, error del 5% y nivel de confianza del 95%. Dado que en un estudio previo el Grupo de Investigación Salud de la Mujer identificó que entre 6% y 10% de las mujeres invitadas a participar se rehúsan (39), se agregaron 38 mujeres (10%) para completar 422 formularios. Para compensar cuestionarios eliminados por incompletos o por estar diligenciados incorrectamente, se agregaron 84 mujeres (20%) para un total de 506 formularios a aplicar y la expectativa de tener los 384 correctamente diligenciados y en ellos realizar el estudio.

También el censo del 2005 señaló que el 73,0% de los afrocolombianos residían en área urbana y el 27,0% en área rural, lo que se tuvo en consideración para establecer los municipios donde tomarían las participantes. A partir de los datos aportados por el censo 2005, se calculó el número de mujeres a tomar de diferentes regiones geográficas del Caribe colombiano. Cartagena fue el municipio del cual se tomó el mayor número: 133 (26,8%). Ello es coherente con la afirmación presente en el documento técnico: *Análisis regional de los principales indicadores sociodemográficos de la comunidad afrocolombiana e indígena a partir de la información del censo general 2005, publicado por el DANE*. Cartagena es la ciudad con el peso relativo más alto del país de población afrocolombiana y es la segunda ciudad en términos absolutos de concentración de población afrocolombiana en el país, después de Cali, ciudad del Pacífico colombiano.

El cuadro 8 define las áreas geográficas donde se tomaron las muestras poblacionales, siendo las zonas urbanas las capitales de los departamentos, y las rurales, municipios por conveniencia de cada departamento. No se incluyeron mujeres que residieran en asentamientos cerrados, en comunidades protegidas, en circunscripciones especiales ni en resguardos.

Cuadro 8
Estratificación del tamaño de la muestra según departamentos geográficos y áreas de residencia

Departamentos geográficos de la región Caribe colombiana	Distribución porcentual de los afrodescendientes, según el censo poblacional del 2005	Distribución porcentual de los afrodescendientes en el Caribe colombiano, según el censo poblacional del 2005	Población estimada para involucrar en el estudio		
			Población total para incluir (100,0%)	Residentes en áreas urbanas (73,0%)	Residentes en áreas rurales (27,0%)
Bolívar	11,5	35,9	182	133	49
Atlántico	5,3	16,5	83	60	23
Córdoba	4,5	14,1	71	51	20
Sucre	2,8	8,8	44	31	13
Magdalena	2,6	8,2	42	30	12
Cesar	2,4	7,5	38	28	10
San Andrés Islas	0,8	2,5	12	12	0
La Guajira	2,1	6,6	34	24	10
TOTAL	32,0	100,0	506	369	137

Análisis estadístico. El análisis estadístico fue realizado con el paquete estadístico Epi-Info-7 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EE. UU.*; 2013). Los datos categóricos se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (a los porcentajes se le agregó el intervalo de confianza). Los datos continuos se presentaron en medias o medianas con sus desviaciones estándar o rangos intercuartílicos, según la distribución de la normalidad de los datos. Las diferencias entre datos continuos fue-

ron calculadas con ANOVA, para variables con distribución paramétrica y con la Prueba de Kruskal-Wallis para las no paramétricas, de acuerdo con el test de Bartlett. Las diferencias porcentuales se evaluaron con χ^2 . A las escalas se le estableció el alpha de Cronbach's, para exponer la confiabilidad de las herramientas. La medida de asociación utilizada entre variables cualitativas o entre cualitativa con cuantitativa fue el Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95%. Al relacionar dos variables cuantitativas se estimó el coeficiente de correlación de Pearson (P) o Spearman (Rho), según la normalidad de los datos. Se realizó regresión logística bivariada y diversos modelos de regresión logística ajustada, para establecer el comportamiento de una variable con respecto a la otra. Las variables dependientes fueron: síntomas depresivos, ansiedad, irritabilidad o nerviosismo, cansancio físico mental, deterioro psicológico, depresión o estrés psicológico. Entre las variables independientes se consideraron todas las características sociodemográficas, los estados menopaúsicos, los hábitos y las evaluaciones realizadas con las diversas escalas incluidas en el estudio.

Se utilizaron las siguientes definiciones para establecer algunas situaciones clínicas y demográficas que en el estudio fueron consideradas como variables dependientes o independiente, según el caso a analizar. Poseer insuficiente nivel educativo: menos de doce años de escolaridad. Ser fumadoras actuales: fumar uno o más cigarrillos por día. Ser consumidora de alcohol: beber más de un trago de licor a la semana. Tener obesidad: poseer índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m². Tener obesidad abdominal: medición de la circunferencia de la cintura mayor a 88 centímetros. El estado menopaúsico se estableció de acuerdo con la clasificación STRAW (40). Premenopáusicas, las que tenían ciclos menstruales regulares (variaciones menores de siete días). Perimenopáusicas, las que presentaban ciclos menstruales irregulares (variaciones superiores a siete días). Posmenopáusicas, las que tenían doce o más meses sin menstruar. Estas últimas se dividieron de la siguiente manera: posmenopáusicas tempranas (entre uno y cuatro años sin sangrado menstrual) y posmenopáusicas tardías (cinco o más años sin menstruar) Las premenopáusicas se consideraron separadamente en dos grupos: menores de 45 años y las que tenían 45 y más

años. La última menstruación antes de los 45 años fue definida como menopausia temprana. El retiro del útero y de los ovarios antes del establecimiento de la menopausia natural, fue denominado menopausia quirúrgica.

Declaración expresa del componente ético de la investigación. El proyecto fue sometido a revisión para aprobación por el Comité de Ética de la Universidad de Cartagena. Para su elaboración se tuvieron en cuenta las normas internacionales sobre investigación en seres humanos. Todas las consideraciones presentes en la última versión de la Declaración de Helsinki, así como en las Recomendaciones Belfort, se consideraron detalladamente. Se informó que no se tenían conflictos de intereses ni compromisos de ningún orden con la industria farmacéutica ni con conglomerados sociales como movimientos feministas, agrupaciones étnicas, corrientes ideológicas o políticas y tampoco con estructuras gubernamentales o no gubernamentales. Se estudiaron mujeres mientras se buscó dignificarlas, rescatar sus derechos asistenciales y se vienen difundiendo los resultados buscando blindarla en una y otra medida contra el estigma y la discriminación. Se realizó el trabajo de campo en las mismas unidades de residencia de las mujeres invitadas y se utilizaron en lo posible encuestadoras mujeres de sus propias comunidades o se recurrió a mujeres del entorno comunitario quienes realizaron actividades de acompañamiento, fueron facilitadoras y entregaron un tácito aval social al abordar a las mujeres en sus comunidades.

El proyecto de investigación no hacía y los resultados no hacen parte de las actividades de prevención e intervención en beneficio de la salud integral de las mujeres como actividad o política gubernamental. El trabajo de campo fue una actividad propia e individual de la creatividad del Grupo de Investigación Salud de la Mujer y ninguna otra institución académica tuvo inherencias en la planeación y ejecución. Las redes comunitarias de las mujeres participantes lo hicieron con fines logísticos, sin retribución económica y beneficiándose de la labor de educación a la comunidad que hace el grupo de investigación. Es posible que en un futuro se establezcan lazos estratégicos con dependencia gubernamentales para diseminar más ampliamente los resultados.

Prevalece en el proyecto de investigación el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar de mujeres a estudiar, no se realizaron sugerencias, prescripciones ni intervenciones medicamentosas o de sustancias, por no ser un ensayo clínico sino un diseño observacional. Las participantes recibieron información amplia colectiva o individual con fines educativos y apoyo enfocado en la prevención y en conservación de la salud mental y física.

En todo momento del cronograma del estudio se tuvieron en cuenta las implicaciones éticas de un proyecto de investigación, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece para el país las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; así como en los reglamentos de ética de la Universidad de Cartagena. El estudio es clasificado como de riesgo mínimo.

Además, se tomaron en consideración todas las demás normativas existentes en cuanto a la atención y relación con mujeres de la comunidad, especialmente las relativas a seguridad ambiental (disposición de residuos) y en relación con medidas de bioseguridad para el momento del trabajo de campo. El Grupo de investigación dispuso de profesionales para la toma de la firma del consentimiento informado, informó a las participantes la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que lo considerasen, se extremaron las medidas para asegurar la confidencialidad de los datos, la preservación del anonimato, así como las repercusiones socioambientales, entre otros.

Las mujeres que tuvieron situaciones clínicas consideradas de riesgo para la salud fueron formalmente remitidas a sus instituciones de atención en salud para valoración médica y definición del diagnóstico, ilustrándolas sobre la prioridad de la consulta. En todos los casos se contó con la aprobación de la mujer y siempre con total discreción.

Ninguna de las participantes recibió dinero o especie como retribución por su participación. Una merienda saludable compuesta por una bebida láctea y una torta o galleta, fue entregada a cada mujer participante

al concluir la actividad investigativa y de apropiación social del conocimiento. No se realizaron consultas médicas ni prescripciones.

Derivado del proyecto y de los resultados obtenidos se tiene la intención de realizar en un futuro una cartilla u otro documento de difusión, amén del presente libro, con los datos relevantes encontrados durante la investigación.

Consentimiento informado. Se considera pertinente transcribir a continuación el contenido del consentimiento informado que diligenciaron las mujeres incluidas en el proyecto de investigación:

“Numerosas evidencias clínicas y de investigación apuntan al hecho que el climaterio impacta de manera negativa la calidad de vida de la mujer de mediana edad y más aún luego de la menopausia. Básicamente lo anterior es relacionado con la reducción progresiva de la secreción de una de las hormonas sexuales femeninas (los estrógenos). Este impacto negativo se ve reflejado en la severidad de los síntomas, los trastornos metabólicos con la diabetes, los trastornos del comportamiento alimentario, la alteración en la sexualidad y la presencia de depresión, ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, cansancio físico mental y estrés psicológico percibido. La mayoría de los estudios que indican estas situaciones han sido realizados en países anglosajones que poseen entornos étnicos, sociales y culturales diferentes al de la población colombiana.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena, con el presente estudio va a explorar factores que pueden estar asociados a síntomas psicológicos menopáusicos. Usted ha sido invitada a participar voluntaria y anónimamente en este estudio, sin recibir incentivos económicos o en especies y es libre de aceptar o rechazar la oferta. Usted diligenciaría un formulario impreso y contestaría las preguntas de forma individual y sin apoyo o sugerencias en las respuestas. Puede dejarlo incompleto si es su parecer y retirarse del estudio sin tener que brindar información. Se le realizarán las siguientes mediciones: estatura, peso, perímetro abdominal y tensión arterial. No se

tomarán muestras sanguíneas ni tejidos corporales. Tampoco se realizarán estudios imagenológicos, no se realizará consulta médica ni se prescribirán medicamentos ni se recomendarán estudios clínicos.

Al final de la participación y de manera grupal se brindará información educativa sobre climaterio, menopausia y síntomas menopáusicos. Ante situación patológica se sugerirá asistir a su programa de atención en salud. La información obtenida será manejada confidencialmente. Las respuestas se mantendrán en absoluta reserva. Y los datos finales se presentarán agrupados y nunca individuales”.

Para ilustración de los lectores se incluyen los componentes del cronograma que se diseñó para realizar el proyecto de investigación, el cual se pudo desarrollar sin mayores dificultades. A consecuencia de la pandemia COVID-19, la Universidad de Cartagena realizó una prórroga en lo inicialmente establecido. Tal como fue indicado, el trabajo de campo había concluido al llegar la pandemia, por tanto, no afectó o creó sesgos de inclusión en la toma de la información. Cuadro 9.

Cuadro 9 Cronograma de actividades							
	Meses						
	1-3	4-7	8	9	10-12	13-15	16-18
Revisión bibliográfica. Búsqueda de nuevas publicaciones. Revisión de los sistemas de alerta electrónica sobre depresión, ansiedad y estrés según estados menopáusicos, en afrodescendientes. Selección encuestadoras y preparación del trabajo de campo.							
Continúa ...							

Continuación							
	Meses						
	1-3	4-7	8	9	10-12	13-15	16-18
Creación de la base de datos. Realización de la tabulación de los datos. Revisión de los formularios. Inclusión de nuevas mujeres de ser necesario.		■	■				
Depuración de la información presente en la base de datos. Inclusión de nuevas mujeres de ser necesario. Aprobación final de base de datos.			■				
Análisis de la base de datos con EPI-Info-7. Construcción de Tablas de resultados. Creación y ajustes de modelos de regresión.				■			
Escritura de artículo o primer informe final de investigación.				■	■		
Identificación de subproductos del proyecto de investigación. Escritura de otros artículos o sub-análisis de los datos.						■	
Socialización de los resultados en redes sociales, blog del Grupo, prensa, comunidad de mujeres, entes gubernamentales o dirigentes de la salud de la ciudad de Cartagena, etc.							■
Presentación de los resultados en ambientes científicos nacionales o internacionales.							■

Resultados o productos esperados

Se considera necesario compartir lo establecido dentro del proyecto de investigación en cuanto a resultados o productos esperados con miras a visibilizar las intenciones de difusión en el siguiente quinquenio y los potenciales beneficiarios, la generación de nuevo conocimiento y el fortalecimiento de la comunidad científica. Para contribuir y generar facilidad de lectura se presenta la información distribuida dentro de los cuadros 10 y 11. Estos resultados y productos esperados se incluyen dentro del libro explícitamente con fines ilustrativos y formativos, buscando generar beneficios en los lectores que se inician en las actividades de investigación.

Cuadro 10 Generación de nuevo conocimiento		
Resultados o productos esperados	Indicador	Beneficiario
Establecer la prevalencia de cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo en afrodescendientes del Caribe colombiano.	Porcentaje de mujeres que presentan cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo.	Mujeres de mediana edad, consideradas saludables y residentes en el Caribe colombiano.
Estimar según los estados menopáusicos, la prevalencia de cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo en afrodescendientes del Caribe colombiano.	Porcentaje de mujeres de cada uno de los tres estados menopáusicos que presentan cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo.	Mujeres de mediana edad, consideradas saludables y residentes en el Caribe colombiano.
Continúa ...		

Continuación		
Resultados o productos esperados	Indicador	Beneficiario
Identificar los factores de riesgo sociodemográficos, trastornos del comportamiento alimentario y de otros síntomas menopáusicos que se puedan asociar con cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo en afrodescendientes del Caribe colombiano.	Razón de Odds de las distintas variables estudiadas y asociadas a cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo.	Mujeres de mediana edad, consideradas saludables y residentes en el Caribe colombiano.
Estimar la asociación entre el antecedente de histerectomía abdominal con la presencia de cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo en mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano.	Razón de Odds entre el antecedente de histerectomía abdominal con cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo.	Mujeres de mediana edad, consideradas saludables y residentes en el Caribe colombiano.
Comparar la prevalencia de cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo en afrodescendientes del Caribe colombiano, según la presencia o no de oleadas de calor y según el deterioro de la calidad de vida.	Porcentaje de mujeres con cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo, según oleadas de calor y afectación de la calidad de vida.	Mujeres de mediana edad, consideradas saludables y residentes en el Caribe colombiano.
Continúa ...		

Continuación		
Resultados o productos esperados	Indicador	Beneficiario
Determinar en posmenopáusicas si el sobrepeso y la obesidad contribuyen a incrementar la prevalencia de cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo y afectación de la salud mental en afrodescendientes del Caribe colombiano.	Razón de Odds entre sobrepeso y obesidad con cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo.	Mujeres de mediana edad, consideradas saludables y residentes en el Caribe colombiano.
Correlacionar las puntuaciones obtenidas en las subescalas de medición de cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo en afrodescendientes del Caribe colombiano con los obtenidos en las escalas de insomnio, somnolencia diurna excesiva, comportamiento alimentario, religiosidad, disfunción sexual y calidad de vida.	Coefficiente de correlación, dirección y fuerza de asociación, de las variables consideradas como dependientes e independientes.	Mujeres de mediana edad, consideradas saludables y residentes en el Caribe colombiano.

Cuadro 11
Fortalecimiento de la comunidad científica

Resultados o productos esperados	Indicador	Beneficiario
Aumento de la capacidad investigativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.	Publicación y presentación en eventos nacionales/internacionales de investigadores institucionales.	Universidad de Cartagena.
Fortalecimiento del aporte investigativo de científicos destacados en su campo.	Publicación y presentación en eventos nacionales/internacionales.	Investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.
Fortalecimiento del ejercicio investigativo por parte de estudiantes de Medicina de la Universidad de Cartagena, que son integrantes o pasantes del Grupo de Investigación Salud de la Mujer.	Presencia de estudiantes en pasantía y semillero del grupo en presentaciones y en publicaciones nacionales/internacionales.	Estudiantes formalmente matriculados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.
Permanecer como grupo Categorizado de MinCiencias.	Continuar en el listado de grupos Categorizados por MinCiencias.	Universidad de Cartagena.
Aportar idea de investigación a la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio y Menopausia.	Interés en la Red Latinoamericana por un estudio amplio en todos los países de América Latina, dirigido por el Grupo de Investigación Salud de la Mujer.	Grupo de Investigación Salud de la Mujer y la Universidad de Cartagena.
Continúa ...		

Continuación		
Resultados o productos esperados	Indicador	Beneficiario
Servir de estudio inicial para un estudio posterior que involucre una población mayor de mujeres, que sea representativo, por etnias y regiones de la población colombiana.	Publicación de resultados en revistas nacionales o internacionales con evaluación satisfactoria por los pares evaluadores.	Grupo de Investigación Salud de la Mujer y Universidad de Cartagena.
Entrenar a los estudiantes involucrados en el proyecto para realizar aplicación de formularios, manejo de bases de datos, análisis de datos y escritura científica, elaboración de resúmenes y realizar presentaciones orales o pósteres.	Fomento de la experticia en todas esas fases de una investigación científica a estudiantes de la Universidad de Cartagena que hacen parte o son pasantes del Grupo de Investigación Salud de la Mujer.	Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena que hacen parte del Grupo de Investigación Salud de la Mujer.

Apropiación Social del Conocimiento

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer en la última década ha estado comprometido con los conceptos que hacen parte de la Apropiación Social del Conocimiento, lo cual se materializa por comunicación de doble vía para fortalecer conocimiento en las comunidades académicas como generales de mujeres y despertar preguntas de investigación entre los estudiantes. Las redes sociales, los foros, las convenciones, las conferencias, libros y piezas graficas son elementos de comunicación. Este proyecto no es la excepción. Se considera de valor académico e ilustrativo presentar las actividades planeadas, los indicadores establecidos y el beneficiario de dichas actividades. Para facilitar la lectura se presentan en el Cuadro 12.

Cuadro 12
Apropiación social del conocimiento

Resultados o productos esperados	Indicador	Beneficiario
Un libro producto de investigación científica que recoja los datos principales de la investigación.	Un libro de investigación científica.	Comunidad científica en general.
Artículos remitido o sometidos a revista científica.	Un artículo publicado en revista científica.	Comunidad científica general.
Presentación de ponencias orales o en poster en congresos científicos.	Una presentación en congreso científico.	Asistentes al congreso donde se realizó la presentación.
Entrevistas, comentarios en prensa o redes sociales para compartir con las mujeres en general y con las afrodescendientes los resultados de la investigación.	Notas de prensa o contenido de redes sociales especialmente dirigidos a mujeres, dando la opción de preguntar, replicar, etc.	Comunidad en general.
Documentos alojados en el blog del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, socializando resultados del proyecto y haciendo comentarios con otros estudios.	Notas de blog dirigidos a las mujeres y a los académicos	Comunidad en general.
Tener disponible una conferencia dirigida a la comunidad con los resultados, para responder a requerimientos.	Conferencia para la comunidad.	Comunidad de mujeres cartageneras.

Los impactos esperados

Es característica del Grupo de Investigación Salud de la Mujer establecer expectativas o supuestos con los cuales se desea impactar la realidad

colombiana y aportar a las letras científicas y a la salud pública. Los siguientes son los impactos establecidos para este proyecto de investigación. Cuadro 13.

Cuadro 13 Impactos esperados a partir del uso de los resultados			
Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: Corto (1-4) Mediano (5-9) Largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos*
Impacto de competitividad. Fortalecer los resultados del Proyecto CAVIMEC, pionero en estudiar aspectos de la salud mental y su afectación en mujeres afrodescendientes.	Corto	Productos de difusión de los resultados alcanzados.	Solicitud de entrevistas, escritos y conferencias sobre afectación de la salud mental en mujeres afrodescendientes.
Impacto de productividad científica. Aportar conocimiento nuevo en relación con cansancio físico mental, irritabilidad, ansiedad y trastorno de ánimo depresivo en mujeres afrodescendientes en etapa de climaterio, que pueda ser referente para toda Latinoamérica y con la potencialidad de llegar a ser comparativo con los datos norteamericanos y europeos.	Mediano	Recitaciones de los productos publicados.	Los investigadores de otras latitudes considerarán válida la realización del proyecto y sus informes finales.
			Continúa ...

Continuación			
Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: Corto (1-4) Mediano (5-9) Largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos*
Impacto Social. Aportar conocimiento nuevo y alcanzar reconocimiento cuando otros autores en debate validen los hallazgos.	Largo	Presencia del proyecto en una política, norma, recomendación o guía de atención para mujeres en etapa vital de climaterio.	Reconocimiento de los resultados por los agentes gubernamentales de atención.

Declaración del impacto humano, social, económico y ambiental del Grupo de Investigación Salud de la Mujer

Con sus diferentes líneas, proyectos y brazos de investigación el Grupo de Investigación Salud de la Mujer viene generando nuevo conocimiento que difunde y comunica al mundo, realizando publicaciones en revistas de primer impacto científico mundial, sin dejar de lado las revistas científicas colombianas y la información de prensa.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer coloca intencionalmente en todas sus acciones y actividades los conceptos y la teoría de la Apropiación Social del Conocimiento y recientemente está enfatizando todo lo referente a patrones de información y de educación al adulto. Todas sus actividades investigativas son realizadas en ambientes y escenarios comunitarios.

Con el presente proyecto se realiza un primer acercamiento para estimar las cifras en las cuales se presentan afectaciones en la salud mental en mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano, estimando cómo se interrelacionan entre ellas y cómo terminan generando puntos de fragilidad en la salud, modificando el desempeño, generando discapacidad y alterando las condiciones de buena calidad de vida y de bienestar. El incremento en la expectativa de vida, los aspectos relacionados con el climaterio y con el envejecimiento creciente de la humanidad, hacen que las problemáticas que explorará en el proyecto sean de gran interés a nivel mundial, tanto en lo académico como en la salud pública.

Las cifras que se esperan encontrar, los factores asociados que se puedan identificar van a ser un valioso insumo para informar a los gobernantes y a las autoridades de salud tanto a nivel de los municipios del Caribe colombiano, como para los indicadores colombianos de la salud de las mujeres en climaterio y menopausia. Se busca llenar importantes vacíos conceptuales y epidemiológicos en esta área, entregar información sobre afectación de la salud mental de las mujeres en edad madura que pueda servir de referente para investigadores latinoamericanos y de regiones geográficas a nivel mundial.

Para el proyecto actual se cuenta con alianza de una red o agremiación de mujeres de la región de los Montes de María, que aglutinan femeninas de diferentes edades en sus propias comunidades y buscan generar mejores condiciones de vida y favorecer el bienestar. Además, se tienen alianzas disponibles con promotoras de salud y con auxiliares de enfermería para realizar adecuadamente el trabajo de campo. Estas alianzas facilitarán el impacto social, económico y humano que genera el Grupo de Investigación Salud de la Mujer, llegando a permearse con beneficio la calidad de vida de estas mujeres.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer ha difundido en varias publicaciones cifras, conclusiones, conceptualizaciones sobre el deterioro de la salud física, psicológica y de la calidad de vida de la mujer climaterica afrodescendiente. Con este proyecto se espera observar con mayor detalle la afectación en la salud mental, la irritabilidad, el estado de áni-

mo depresivo, el cansancio físico mental, la ansiedad, el estrés, así como su interrelación entre ellas. Se busca puntualizar en afrodescendientes asociaciones de síntomas psicológicos de la menopausia con varias consideraciones sociodemográficas y con alteraciones metabólicas y cardiovasculares. Con esos hallazgos hacer recomendaciones con miras a que se proponga la intervención de las mujeres climatéricas, preservar las condiciones de salud y esperar que en el mañana se tengan cada vez más mujeres adultas mayores saludables.

Desde la actividad académica, el Grupo de Investigación Salud de las Mujer ha realizado un amplio abordaje de la salud femenina teniendo en consideración la etnia a la cual pertenece la mujer, y esta vez no será la excepción. Se precisarán los niveles socioeconómicos y educativos para identificar la vulnerabilidad, la discapacidad y la influencia de distintos aspectos psicosociales, los que en muchas ocasiones son dejados de lado en los estudios epidemiológicos.

El flujo de recitaciones de los artículos de la propiedad intelectual de los integrantes del grupo crecen a diario, elevando a importantes sitiales las letras científicas del país, especialmente las de la región Caribe colombiana y de la Universidad de Cartagena. El Grupo de Investigación Salud de la Mujer y su semillero de estudiantes de medicina FEM-SALUD son reconocidos por sus pares nacionales por la valoración de problemáticas específicas de la salud femenina como el embarazo, la anticoncepción, la infertilidad, la menopausia, la edad mediana y la adulta mayor, y su relación con aspectos biopsicosociales, violencia de pareja, calidad de vida, sexualidad, salud mental, salud física.

Como productos de las investigaciones previas, el grupo ha publicado dos libros de informes finales de investigación, ha puntualizado repetidamente y en diferentes tribunas o podios científicos sobre las problemáticas de salud de las mujeres de mediana edad y la adulta mayor, ha alcanzado proyección importante nacional e internacional y sus datos y conclusiones están inmersos en los medios científicos indexados en bases de datos bibliográficos de reconocida importancia, en la prensa general y ha reportado los hallazgos a las autoridades de salud de Co-

lombia. Más de media docena de sus integrantes se han beneficiado de manera formativa y económica con reconocimiento como jóvenes investigadores o jóvenes talento, en convocatorias del Ministerio de Ciencias de Colombia. Es interés permanente del grupo de investigación, la capacitación y proyección académica de sus integrantes.

El grupo está comprometido con las actividades de Apropiación Social de Conocimiento. Por tanto, en su accionar utiliza permanentemente las redes sociales para difundir los resultados de investigación en diferentes formatos: piezas gráficas, videos y podcast, para que los integrantes del semillero se relacionen en diálogos de doble vía con las mujeres de la comunidad, que son el laboratorio del grupo de investigación. Dentro de esta orientación, los integrantes ejercen permanentemente labores de escritura científica que se difunden en el blog del grupo de investigación que está alojado en la página web del grupo, los cuales son frecuentemente reproducidos por la prensa nacional.

Con este proyecto se realizará socialización de los resultados de la investigación y será una valiosa oportunidad para la celebración de un diálogo entre investigadores y comunidad. Además, se realizarán piezas graficas (incluidos podcast) para llevar a la comunidad información referente a la importancia de realizar medidas para prevención de la afectación de la salud mental en afrodescendientes. Los resultados que se esperan encontrar permitirán un impacto favorable en lo social, posibilitándonos sensibilizar a las autoridades de las necesidades en salud mental y física, y su relación con la fragilidad de la salud y la pérdida de la calidad de vida y la pérdida del bienestar. El conocimiento de datos dará herramientas a mujeres e instituciones, para que puedan visibilizar en mejor forma acciones de prevención y auto cuidado. Al ser abordada por profesionales con conocimiento a partir de los datos que esperamos entregar, se logrará que las mujeres conserven en condiciones saludables, moviéndose con buena calidad de vida.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer, y por tanto su semillero FEM-SALUD, genera impacto esencialmente en lo académico y en la formación de profesionales diestros en el manejo epidemiológico y en ha-

Afectación de la salud mental en afrodescendientes climatéricas del Caribe colombiano

cer investigaciones originales. Es pionero en Colombia y Latinoamérica en el estudio de la sintomatología de la menopausia y la calidad de vida en gestantes, en mujeres de mediana edad y adultas mayores. Todos los estudios son realizados en mujeres de la comunidad, por tanto, su laboratorio son los municipios, sean urbanos o rurales. El Grupo de Investigación Salud de la Mujer declara que está comprometido con todas las políticas, acciones y actividades encaminadas a la protección del medio ambiente. No maneja sustancias contaminantes. Fomenta las buenas prácticas de investigación, el manejo de elementos que fomenten la conservación del entorno, el adecuado manejo de los desechos sobre todo producto de la toma de sustancias biológicas. Además, estimula permanentemente la actividad participativa y emprendedora de todos los integrantes. Es estimulador de la competitividad y la productividad de sus integrantes, realizando acciones de prevención en cuanto a discriminación. Para más detalles del impacto social, económico y científico que el grupo ha alcanzado, su productividad y su impacto dentro de la sociedad científica colombiana e incluso en la sociedad general misma, puede visitar la página web y las redes sociales. www.grupodeinvestigacionalsaluddelamujer.com



The screenshot shows the website for the 'GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD DE LA MUJER'. The header includes the group's logo, name, and social media icons for GrupLac, WhatsApp, Instagram, Twitter, Facebook, and YouTube. The main navigation menu consists of 'INICIO', 'TRAYECTORIA', 'GALERIA', 'INTEGRANTES', and 'CONTACTO'. Below the navigation, there are three featured articles:

- Online assessment of the perception of loneliness and associated factors in Colombian climacteric women during the Covid-19 pandemic: A cross-sectional study** by Angélica Monterrosa-Blanco, Ánora Monterrosa-Castro, and Andrea Castañer-Segueda. Published in *Health Promotion Perspectives* (Revista Scopus 2).
- Perceived Loneliness and Severe Sleep Disorders in Adult Women during the Covid-19 Quarantine: A Cross-Sectional Study in Colombia** by Álvaro Monterrosa-Castro, Angélica Monterrosa-Blanco, and Andrea González-Sequeda. Published in *Journal of Primary Care & Community Health* (Revista Scopus 1).
- 5 cosas que debes conocer sobre el Grupo de Investigación Salud de la Mujer**, a listicle with five points: 1. Somos de la Universidad de Cartagena; 2. Está conformado por médicos y estudiantes de medicina; 3. Estudiamos la salud y la calidad de vida de las mujeres; 4. Nos interesa la apropiación social del conocimiento; 5. Damos a conocer los resultados al mundo entero.

At the bottom of the website, there are logos for 'HISTORI-MED Semillero de Investigación' and 'femsalud Semillero de Investigación', along with a QR code.

Referencias

1. Hogervorst E, Craig J, O'Donnell E. Cognition and mental health in menopause: A review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2022;81:69-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.10.009>
2. Kuck MJ, Hogervorst E. Stress, depression, and anxiety: psychological complaints across menopausal stages. *Front Psychiatry.* 2024;15:1323743. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2024.1323743>
3. Acosta JI, Mayer LP, Braden BB, Nonnenmacher S, Mennenga SE, Bimonte-Nelson HA. The cognitive effects of conjugated equine estrogens depend on whether menopause etiology is transitional or surgical. *Endocrinology.* 2010;151(8):3795-804. <http://dx.doi.org/10.1210/en.2010-0055>.
4. Lee DY, Andreescu C, Aizenstein H, Karim H, Mizuno A, Kolobaric A, Yoon S, Kim Y, Lim J, Hwang EJ, Ouh YT, Kim HH, Son SJ, Park RW. Impact of symptomatic menopausal transition on the occurrence of depression, anxiety, and sleep disorders: A real-world multi-site study. *Eur Psychiatry.* 2023;66(1):e80. <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2439>
5. Minkin MJ. Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019;46(3):501-514. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2019.04.008>
6. Targett R, Beck V. Menopause as a well-being strategy: Organizational effectiveness, gendered ageism and racism. *Post Reprod Health.* 2022;28(1):23-27. <http://dx.doi.org/10.1177/20533691211060098>
7. Burki T. Rossella Nappi: taking the stigma out of menopause. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2023;11(4):232. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00057-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00057-8)
8. Nosek M, Kennedy HP, Gudmundsdottir M. Silence, stigma, and shame: a postmodern analysis of distress during menopause. *ANS Adv Nurs Sci.* 2010;33(3):E24-36. <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.ob013e3181eb41e8>

9. Palmlund I. The social construction of menopause as risk. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1997;18(2):87-94. <http://dx.doi.org/10.3109/01674829709085574>
10. Illanes E, Bustos L, Lagos x et al. Factores asociados a síntomas Depresivos y síntomas somáticos en mujeres climatóricas de la ciudad de Temuco. *Rev Méd Chile* 2002;130:885-891. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000800007>
11. Altemus M, Sarvaiya N, Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Front Neuroendocrinol.* 2014;35(3):320-330. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.05.004>
12. Borkoles E, Reynolds N, Thompson DR, Ski CF, Stojanovska L, Polman RC. The role of depressive symptomatology in peri- and post-menopause. *Maturitas.* 2015;81(2):306-310. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.03.007>
13. Sundermann EE, Maki PM, Bishop JR. A review of estrogen receptor alpha gene (ESR1) polymorphisms, mood, and cognition. *Menopause.* 2010;17(4):874-886. <http://dx.doi.org/10.1097/gme.ob013e-3181df4a19>
14. Freeman EW, Sammel MD, Boorman DW, Zhang R. Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(1):36-43. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2819>
15. Mykletun A, Bjerkeset O, Dewey M, Prince M, Overland S, Stewart R. Anxiety, depression, and cause-specific mortality: the HUNT study. *Psychosom Med.* 2007;69(4):323-331. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.ob013e31803cb862>
16. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):851-858. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9).
17. Griffiths A, MacLennan SJ, Hassard J. Menopause and work: an electronic survey of employees' attitudes in the UK. *Maturitas.* 2013;76(2):155-159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.005>

18. Kopenhager T, Guidozzi F. Working women and the menopause. *Climacteric*. 2015 Jun;18(3):372-5. <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2015.1020483>
19. Tangen T, Mykletun A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(2):125-131. <http://dx.doi.org/10.1080/01674820701733945>
20. Vivian-Taylor J, Hickey M. Menopause and depression: is there a link? *Maturitas*. 2014;79(2):142-146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.014>
21. Bromberger JT, Kravitz HM. Mood and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011;38(3):609-625. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.011>
22. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, Gracia CR, Nelson DB, Hollander L. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(1):62-70. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.61.1.62>
23. Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Mariella A, Mitchell S. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*. 2008;15(2):223-232. <http://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e3181450fc2>
24. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, Brockwell S, Avis NE, Kravitz HM, Everson-Rose SA, Gold EB, Sowers M, Randolph JF Jr. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord*. 2007;103(1-3):267-272. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.034>
25. Parker WH. Bilateral oophorectomy versus ovarian conservation: effects on long-term women's health. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17(2):161-166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2009.12.016>
26. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P, Gomez B, Valdez C. Quality of life impairment among postmenopausal women varies according to race. *Gynecol Endocrinol*. 2009 Aug;25(8):491-7. <http://>

- [dx.doi.org/10.1080/09513590902972091](https://doi.org/10.1080/09513590902972091)
27. Monterrosa-Castro A, Blumel JE, Chedraui P. Frecuencia y severidad de síntomas menopáusicos en una población de mujeres afrodescendientes colombianas. *MedUNAB* 2008;11:113-119. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/10307>
 28. Monterrosa-Castro A, Marrugo-Flórez M, Romero-Pérez I, Fernández-Alonso AM, Chedraui P, Pérez-López FR. Assessment of sleep quality and correlates in a large cohort of Colombian women around menopause. *Menopause*. 2013 Apr;20(4):464-9. <http://dx.doi.org/10.1097/gme.ob013e31826e7649>
 29. Monterrosa-Castro A, Marrugo-Flórez M, Romero-Pérez I, Chedraui P, Fernández-Alonso AM, Pérez-López FR. Prevalence of insomnia and related factors in a large mid-aged female Colombian sample. *Maturitas*. 2013;74(4):346-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.009>
 30. Menopause Rating Scale. [Internet]. Acceso: Marzo-4-2024. Disponible en: http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Int_MeanSD.pdf
 31. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319(7223):1467-1468. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
 32. Francis LJ, Enger T. The Norwegian translation of the Francis Scale of Attitude toward Christianity. *Scand J Psychol*. 2002;43(5):363-3637. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9450.00304>
 33. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L, Corona G, Lenzi A, Jannini EA. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7(3):1139-1146. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x>
 34. Escala de Somnolencia diurna de Epworth. [Internet]. Acceso: marzo-6-2024. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/escala_de_somnolencia_de_epworth.pdf
 35. Nenclares PA, Jiménez GA. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental*.

- 2005;28(5):34-39. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v28n5/0185-3325-sm-28-05-34.pdf>
36. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res.* 2000 Jun;48(6):555-60. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00095-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00095-7)
37. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP.(1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 1998;10(2):176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
38. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995 Mar;33(3):335-43. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
39. Monterrosa-Castro A, Paternina-Caidedo Á, Romero Pérez I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. *Iatreia* 2011;24(2):136-145. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.9599>
40. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, Woods N. Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *J Womens Health Gend Based Med.* 2001 Nov;10(9):843-8. <https://doi.org/10.1089/152460901753285732>





CAPÍTULO V

PRINCIPALES DATOS DERIVADOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS SE- GÚN ESTADOS MENOPÁUSICOS, EN AFRODESCENDIENTES DEL CARIBE COLOMBIANO”

Luego de haber entregado el proyecto de investigación que fue la carta de navegación para la realización del trabajado de campo, la tabulación de la información entregada por las mujeres, el manejo de las variables establecidas y para el análisis estadístico, se informa que todos los 506 formularios que se tenían impresos para el estudio se aplicaron entre febrero del 2019 y febrero del 2020. De ellos, 497 (98,2%) se pudieron aplicar sin novedad en las zonas geográficas previamente establecidas. Los otros 9 (1,8%) no se pudieron aplicar por razones diversas y se aplicaron a mujeres de zonas rurales del departamento de Sucre.

Todos los formularios fueron diligenciados de forma presencial. Cuando se presentó la pandemia por COVID-19 ya el trabajo de campo había finali-

zado y por tanto los 506 formularios estaban aplicados y en poder del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Por tanto, la pandemia COVID-19 no influyó en las respuestas entregadas por las mujeres participantes.

Luego de la revisión de los formularios diligenciados se encontró que 86 (17,0%) estaban incompletos, deteriorados con limitaciones para la tabulación o mal diligenciados y se alojaron en una carpeta denominada “Eliminados”. Los restantes 420 (93,0%) formularios estaban bien diligenciados y fueron alojados en la carpeta denominada “Estudios”, y fueron los considerados para el estudio. Por tanto, la evaluación fue realizada en 420 mujeres afrodescendientes, un 9,3% por encima del tamaño de la muestra estimada.

Características sociodemográficas y clínicas e información descriptiva

El promedio de la edad de las participantes fue $50,1 \pm 6,0$ años, el de la circunferencia de cintura fue 94,5 cm y el IMC promedio fue 25,4 kg/m². El Cuadro 1 presenta las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas.

Cuadro 1 Características sociodemográficas y clínicas Variables cuantitativas ($X \pm SD$) n = 420	
Edad en años	50,1 ± 6,0
Años de estudio	5,7 ± 3,6
Peso en kg	66,1 ± 12,2
Número de tazas de café al día	2,3 ± 1,9
Número de hijos	4,4 ± 2,4
Perímetro de cintura en cm	94,5 ± 14,8
Perímetro de cadera en cm	102,6 ± 14,4
Índice cintura/cadera	0,9 ± 0,0
Índice de Masa Corporal	25,4 ± 5,0

El 22,8% de las participantes estaban en posmenopausia, la mitad estaban en sobrepeso o en obesidad, el 30,7% tenían diagnóstico de hipertensión arterial, al 6,9% le habían realizado histerectomía abdominal y al 1,9% ooforectomía bilateral. El cuadro 2 presenta las frecuencias absolutas, relativas y los Intervalos de confianza del 95% de las variables cualitativas sociodemográficas y clínicas en la población incluida en el estudio.

Cuadro 2 Características sociodemográficas y clínicas Variables cualitativas n (%) [IC95%] n = 420	
Premenopausia	72 (17,1) [13,8-21,1]
Transición a la menopausia	252 (60,0) [55,2-64,5]
Posmenopausia	96 (22,8) [19,1-27,1]
Edad entre 40-44 años	101 (24,1) [20,2-28,4]
Edad entre 45-49 años	92 (21,9) [18,2-26,1]
Edad entre 50-54 años	93 (22,1) [18,4-26,3]
Edad entre 55-59 años	134 (31,9) [27,6-36,5]
Soltera o separada	105 (25,0) [21,1-29,3]
Casada o actualmente unidas	287 (68,3) [63,7-72,6]
Viuda	28 (6,6) [4,6-9,4]
Estudios primarios	231 (55,0) [50,2-59,6]
Estudios secundarios	176 (41,9) [37,2-46,6]
Estudios superiores	13 (3,1) [1,8-5,2]
Estado nutricional normal	181 (43,1) [38,4-47,8]
En estado nutricional de infra peso	25 (5,9) [4,0-8,6]
En estado nutricional de sobrepeso	159 (37,8) [33,3-42,5]
En estado nutricional de obesidad	55 (13,1) [10,2-16,6]
Con riesgo metabólico bajo	72 (17,1) [13,8-21,0]
Continúa ...	

Continuación	
Variables cualitativas n (%) [IC95%] n = 420	
Con riesgo metabólico aumentado	72 (17,1) [13,8-21,0]
Con riesgo metabólico muy aumentado	276 (65,7) [61,0-70,0]
Nunca tuvo hábito de fumar	280 (66,6) [62,0-71,0]
Anteriormente fumaba	56 (13,3) [10,4-16,9]
Actualmente es fumadora	84 (20,0) [16,4-24,0]
Con obesidad abdominal	348 (82,8) [78,9-86,1]
Consumo diario de café	340 (80,9) [76,9-84,4]
Con pareja sexual actualmente	299 (71,1) [66,6-75,3]
Antecedente de histerectomía abdominal	29 (6,9) [4,8-9,7]
Antecedente de ooforectomía bilateral	8 (1,9) [0,9-3,7]
Diabetes mellitus diagnosticada	46 (10,9) [8,3-14,3]
Con hipertensión arterial	129 (30,7) [26,4-35,2]
Con hipotiroidismo	4 (0,9) [0,3-2,4]

Frecuencia de los síntomas de la menopausia

Entre las 420 mujeres afrodescendientes estudiadas, los síntomas menopaúsicos más frecuentes fueron los dolores musculo articulares (64,5%), seguidos de las oleadas de calor (59,7%); haciendo énfasis en que se traslapan los intervalos de confianza del 95% [59,8-68,9] vs [55,0-64,3], lo que pudiese indicar una ausencia de diferencias estadísticamente significativas. Síntomas de ansiedad, 42,8%; cansancio físico mental, 41,6%; estado de ánimo depresivo, 38,8%, e irritabilidad, 30,4%, siendo esta última la frecuencia más baja encontrada entre los síntomas que hacen parte de la dimensión psicológica. El Cuadro 3 indica la frecuencia con la cual las mujeres informaron la presencia de los diferentes síntomas de la menopausia que identifica *Menopause Rating Scale*.

Cuadro 3 Presencia de síntomas de la menopausia <i>Menopause Rating Scale</i> n = 420	
Síntomas Menopáusicos	n (%) [IC95%]
Oleadas de calor, sofocos, sudoraciones o bochornos	251 (59,7) [55,0-64,3]
Molestias cardiacas, palpitaciones, taquicardias, latidos u opresión torácica	148 (35,2) [30,8-39,9]
Problemas de sueño, dificultad para dormir, despertarse temprano, despertar con facilidad	150 (35,7) [31,2-40,4]
Estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor	163 (38,8) [34,2-43,5]
Irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva	128 (30,4) [26,2-35,0]
Síntomas de ansiedad, impaciencia, pánico, inquietud interna	180 (42,8) [38,2-47,6]
Cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración	175 (41,6) [37,0-46,4]
Problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad o en la satisfacción sexual	28 (6,6) [4,6-9,4]
Problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar o salida sola de orina	90 (21,4) [17,7-25,6]
Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor o problemas a la hora de realizar el coito	17 (4,0) [2,5-6,3]
Problemas musculares o de las articulaciones, dolores reumatoides o articulares	271 (64,5) [59,8-68,9]

El Cuadro 4 presenta las respuestas entregadas por las 420 mujeres afrodescendientes participantes a cada ítem de la escala *Menopause Rating Scale*. Los datos permiten dimensionar suficientemente, además de la presencia de los síntomas menopáusicos, la severidad de las manifestaciones, lo cual permite un mejor acercamiento a la pérdida del bienestar de la mujer a consecuencia de las manifestaciones de la menopausia. Los dolores musculo articulares muy severos fueron los más informados, 9,0%. Cuando se suman los dolores musculo articulares severos

y muy severos se observa que lo comunicaron prácticamente la cuarta parte de las participantes. Ello debe ser de interés para los clínicos que atienden mujeres afrodescendientes en climaterio, aunque las extrapolaciones deben ser cuidadosas. El estado de ánimo depresivo severo o muy severo fue informado por el 12,0%, la irritabilidad severa o muy severa fue comunicada por el 9,0%, los síntomas de ansiedad severo o muy severo se encontraron en el 17,8%, mientras que cansancio físico mental severo o muy severo estuvo en el 15,9%. Las cifras permiten observar la importancia que tienen en las mujeres incluidas en el estudio, los síntomas psicológicos severos y muy severos de la menopausia.

Cuadro 4 Frecuencia de la severidad de los síntomas de la menopausia <i>Menopause Rating Scale</i> n (%) [IC95%] n = 420					
Síntomas menopáusicos	No	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
Oleadas de calor, sofocos, sudoraciones o bochornos	169 (40,2) [35,6-45,0]	124 (29,5) [25,3-34,0]	94 (22,3) [18,6-26,6]	22 (5,2) [3,4-7,8]	11 (2,6) [1,4-4,6]
Molestias cardiacas, palpitaciones, taquicardias, latidos u opresión torácica	272 (64,7) [60,0-69,1]	106 (25,2) [21,3-29,6]	26 (6,1) [4,2-8,9]	15 (3,5) [2,1-5,8]	1 (0,2) [0,0-1,3]
Problemas de sueño, dificultad para dormir, despertarse temprano, despertar con facilidad	268 (63,8) [59,1-68,2]	124 (29,5) [25,3-34,0]	22 (5,2) [3,4-7,8]	3 (0,7) [0,2-2,0]	3 (0,7) [0,2-2,0]
Estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor	257 (61,1) [56,4-65,7]	81 (19,2) [15,8-23,3]	31 (7,3) [5,2-10,2]	41 (9,7) [7,2-12,9]	10 (2,3) [1,3-4,3]
Continúa ...					

**Afectación de la salud mental en
afrodescendientes climatóricas del Caribe colombiano**

Continuación					
Síntomas menopáusicos	No	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
Irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva	292 (69,5) [64,9-73,7]	64 (15,2) [12,1-18,9]	26 (6,1) [4,2-8,9]	13 (3,1) [1,8-5,2]	25 (5,9) [4,0-8,6]
Síntomas de ansiedad, impaciencia, pánico, inquietud interna	240 (57,1) [52,3-61,7]	70 (16,6) [13,4-20,5]	35 (8,3) [6,0-11,3]	54 (12,8) [9,9-16,4]	21 (5,0) [3,2-7,5]
Cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración	245 (58,3) [53,5-62,9]	48 (11,4) [8,7-14,8]	60 (14,2) [11,2-17,9]	56 (13,3) [10,4-16,9]	11 (2,6) [1,4-4,6]
Problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad o en la satisfacción sexual	392 (93,3) [90,5-95,3]	24 (5,7) [3,8-8,3]	2 (0,4) [0,1-1,7]	1 (0,2) [0,0-1,3]	1 (0,2) [0,0-1,3]
Problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar o salida sola de orina	330 (78,5) [74,4-82,2]	50 (11,9) [9,1-15,3]	31 (7,3) [5,2-10,2]	6 (1,4) [0,6-3,0]	3 (0,7) [0,2-2,0]
Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor o problemas a la hora de realizar el coito	403 (95,9) [93,6-97,4]	12 (2,8) [1,6-4,9]	3 (0,7) [0,2-2,0]	1 (0,2) [0,0-1,3]	1 (0,2) [0,0-1,3]
Problemas musculares o de las articulaciones, dolores reumatoides o articulares	149 (35,4) [31,0-40,1]	83 (19,7) [16,2-23,8]	75 (17,8) [14,4-21,8]	75 (17,8) [14,4-21,8]	38 (9,0) [6,6-12,1]

El Cuadro 5 presenta las respuestas entregadas a cada ítem de la escala *Menopause Rating Scale*, distribuidas según la gravedad de los síntomas menopáusicos. Síntomas no graves es la sumatoria de la ausencia de síntomas, síntomas leves y síntomas moderados. Síntomas graves es la sumatoria de los síntomas severos y síntomas muy severos. Los síntomas menopáusicos graves en orden de frecuencia fueron: 26.9%, dolores musculares o articulares; 17,8%, síntomas de ansiedad; 15,9%, cansancio físico mental; 12,1%, estado de ánimo depresivo y 9,0%, irritabilidad.

Cuadro 5 Síntomas de la menopausia según la gravedad de las manifestaciones <i>Menopause Rating Scale</i> n (%) [IC95%] n = 420		
Síntomas menopáusicos	Síntomas no graves (ausentes, leves o moderados)	Síntomas graves (severos y muy severos)
Oleadas de calor, sofocos, sudoraciones o bochornos	387 (92,1) [89,1-94,3]	33 (7,8) [5,6-10,8]
Molestias cardiacas, palpitaciones, taquicardias, latidos u opresión torácica	404 (96,1) [93,9-97,6]	16 (3,8) [2,3-6,1]
Problemas de sueño, dificultad para dormir, despertarse temprano, despertar con facilidad	415 (98,8) [97,2-99,4]	5 (1,1) [0,5-2,7]
Estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor	369 (87,8) [84,3-90,6]	51 (12,1) [9,3-15,6]
Irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva	382 (90,9) [87,8-93,3]	38 (9,0) [6,6-12,1]
Síntomas de ansiedad, impaciencia, pánico, inquietud interna	345 (82,1) [78,1-85,5]	75 (17,8) [14,4-21,8]
Cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración	353 (84,0) [80,2-87,2]	67 (15,9) [12,7-19,7]
Continúa ...		

Continuación		
Síntomas menopáusicos	Síntomas no graves (ausentes, leves o moderados)	Síntomas graves (severos y muy severos)
Problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad o en la satisfacción sexual	418 (99,5) [98,2-99,8]	2 (0,4) [0,1-1,7]
Problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar o salida sola de orina	411 (97,8) [95,9-98,8]	9 (2,1) [1,1-4,0]
Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor o problemas a la hora de realizar el coito	418 (99,5) [98,2-99,8]	2 (0,4) [0,1-1,7]
Problemas musculares o de las articulaciones, dolores reumatoides o articulares	307 (73,1) [68,6-77,1]	113 (26,9) [22,8-31,3]

El Cuadro 6 presenta el deterioro severo de los diferentes dominios que explora la escala *Menopause Rating Scale*. El 15,2% de las mujeres involucradas en el estudio presentaban deterioro severo psicológico, siendo el dominio con mayor afectación.

Cuadro 6 Deterioro severo de los dominios <i>Menopause Rating Scale</i> n (%) [IC95%] n = 420	
Deterioro severo psicológico	64 (15,2) [12,1-18,9]
Deterioro severo somato vegetativo	21 (5,0) [3,2-7,5]
Deterioro severo urogenital	6 (1,4) [0,6-3,0]
Deterioro severo de la calidad de vida	20 (4,7) [3,1-7,2]

Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés

En el estudio se aplicó la escala Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21] para explorar la presencia de síntomas relacionado con depresión, síntomas de ansiedad y condición de estrés. El Cuadro 7 presenta las respuestas entregadas a los ítems de dicha escala.

Cuadro 7
Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21]
Respuesta auto informada de los ítems
n (%) [IC95%]
n = 420

Evaluación en el último mes	No se aplica a mí en absoluto	Puntuación intermedia		Se aplica a mí mucho
Me costó mucho relajarme	72 (17,1) [13,8-21,0]	113 (26,9) [22,8-31,3]	146 (34,7) [30,3-39,4]	89 (21,19) [17,5-25,3]
Me di cuenta de que tenía la boca seca	36 (8,5) [6,2-11,6]	335 (79,7) [83,3-75,6]	31 (7,3) [5,2-10,2]	18 (4,2) [2,7-6,6]
No podía sentir ningún sentimiento positivo	57 (13,5) [10,6-17,1]	217 (51,6) [46,8-56,4]	48 (11,4) [8,7-14,8]	98 (23,3) [19,5-27,6]
Se me hizo difícil respirar	13 (3,1) [1,8-5,2]	222 (52,8) [48-57,5]	107 (25,4) [21,5-29,8]	78 (18,5) [15,1-22,5]
Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	14 (3,3) [2,0-5,5]	364 (86,6) [83-89,5]	22 (5,24) [3,4-7,8]	20 (4,7) [3,1-7,2]
Reaccioné exageradamente en algunas situaciones	33 (7,8) [5,6-0,8]	253 (60,2) [55,4-64,8]	43 (10,2) [7,6-13,5]	91 (21,6) [17,9-25,8]
Sentí que mis manos temblaban	17 (4,0) [2,5-6,3]	174 (41,4) [36,8-46,2]	164 (39) [34,5-43,7]	65 (15,4) [12,3-19,2]
Sentí que tenía muchos nervios	76 (18,1) [14,7-22,0]	90 (21,4) [17,7-25,6]	102 (24,2) [20,4-28,6]	152 (36,1) [31,7-40,8]
Estaba preocupada por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	50 (11,9) [9,1-15,3]	128 (30,4) [26,2-35,0]	215 (51,1) [46,4-55,9]	27 (6,4) [4,4-9,1]
Continúa ...				

Afectación de la salud mental en afrodescendientes climatóricas del Caribe colombiano

Continuación				
Evaluación en el último mes	No se aplica a mí en absoluto	Puntuación intermedia		Se aplica a mí mucho
Sentí que no tenía nada por qué vivir	366 (87,1) [83,6-90,0]	4 (0,9) [0,3 - 2,4]	18 (4,2) [2,7-6,6]	32 [7,6] [5,4-10,5]
Noté que me agitaba	17 (4,2) [2,5-6,3]	110 (26,1) [22,2 - 30]	169 (40,2) [35,6-45,0]	124 (29,5) [25,3-34,0]
Se me hizo difícil relajarme	16 (3,8) [2,3-4,1]	208 (49,5) [32,0-53,1]	7 (1,6) [2,3-6,1]	189 (45) [40,3-49,7]
Me sentí triste y deprimido	9 (2,1) [1,1-4,0]	288 (68,5) [63,9-72,8]	80 (19) [15,5-23]	43 (10,2) [7,6-13,5]
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	51 (12,1) [9,3-15,6]	231 (55) [50,2-59,6]	96 (22,8) [19,1-27,1]	42 (10,0) [7,48-13,2]
Sentí que estaba a punto de pánico	46 (10,9) [8,3-14,3]	327 (77,8) [50,2-59,6]	30 (7,1) [73,6-81,5]	17 (4,0) [2,5-6,3]
No me pude entusiasmar por nada	219 (52,1) [47,3-56,8]	27 (6,4) [4,4-9,1]	174 (41,4) [36,8-46,2]	=
Sentí que valía muy poco como persona	328 (78,1) [73,8-81,7]	67 (15,9) [12,7-19,7]	14 (3,3) [2,0-5,5]	11 (2,6) [1,4-4,6]
Sentí que estaba muy irritable	48 (11,4) [8,7-14,8]	193 (45,9) [41,2-50,7]	179 (42,6) [37,9-47,3]	=
Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	29 (6,9) [4,8-9,7]	359 (85,4) [81,7-88,5]	22 (5,2) [3,4-7,8]	10 (2,3) [1,3-4,3]
Tuve miedo sin razón	23 (5,4) [3,6-8,0]	310 (73,8) [69,4-77,7]	81 (19,2) [15,8-23,3]	6 (1,4) [0,6-3]
Sentí que la vida no tenía ningún sentido	369 (87,8) [84,3-90,6]	16 (3,8) [2,3-6,1]	8 (1,9) [0,9-3,7]	27 (6,4) [4,4-9,1]

El Cuadro 8 presenta la frecuencia de síntomas de depresión, síntomas de ansiedad y síntomas de estrés, identificados con la escala DASS-21.

Cuadro 8 Frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés <i>Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21]</i> n (%) [IC95%] n = 420	
Síntomas de ansiedad	347 (82,6) [78,7-85,9]
Síntomas de estrés	98 (23,3) [19,5-27,6]
Síntomas de depresión	45 (10,7) [8,1-14]

La frecuencia de la severidad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés se presentan en el Cuadro 9. Ninguna de las mujeres incluidas en el estudio presentó síntomas severos o muy severos en las tres consideraciones sintomáticas evaluadas.

Cuadro 9 Clasificación de la severidad de síntomas de depresión, ansiedad y estrés <i>Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21]</i> n (%) [IC95%] n = 420			
Clasificación	Depresión	Ansiedad	Estrés
Ausente	375 (89,2) [85,9-91,9]	73 (17,3) [14,0-21,3]	322 (76,6) [72,3-80,4]
Leve	35 (8,3) [6,0-11,3]	192 (45,7) [41,0- 50,5]	81 (19,2) [15,8-23,3]
Moderado	10 (2,3) [1,3-4,3]	155 (36,9) [32,4-41,6]	17 (4,0) [2,5-6,3]

Evaluación de la función sexual

Un componente importante de la salud mental es la sexualidad. De las 420 mujeres incluidas en el estudio, 329 (78,3%) tenían actividad

sexual al momento de aplicar la encuesta y 91 (21,7%) no tenían actividad sexual. Se evaluó la función sexual y se estimó la frecuencia de disfunción sexual entre las mujeres que informaron tener actividad sexual. Se pidió a las mujeres aplicar el interrogantes a su percepción del último mes. Cuadro 10.

Cuadro 10 Female Sexual Function Index, versión abreviada [FSFI-6] n (%) [IC95%] n = 329					
Respuesta auto informada de los ítems entre las mujeres que tenían actividad sexual					
¿Cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?	Muy bajo a nulo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
	7 (2,1) [1,0-4,3]	34 (10,3) [7,4-14]	154 (46,8) [41,8-52,2%]	70 (21,8) [17,2-26]	64 (19,4) [15,5-24,2]
¿Cómo calificaría su nivel de excitación durante la actividad sexual?	Muy bajo a nulo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
	6 (1,8) [0,8-3,9]	41 (12,4) [9,3-16,4]	157 (47,7) [42,3-53,1]	71 (21,5) [17,4-26,3]	54 (16,4) [12,8-20,8]
¿Con qué frecuencia lubrica durante la actividad sexual?	Casi nunca a nunca	Algunas Veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
	36 (10,9) [8,0-14,7]	77 (23,4) [19,1-28,2]	167 (50,7) [45,3-56,1]	31 (9,4) [6,7-13,5]	18 (5,4) [3,4-8,4]
Continúa ...					

Continuación					
Respuesta auto informada de los ítems entre las mujeres que tenían actividad sexual					
Cuando usted tiene estimulación sexual o penetración, ¿qué tan seguido alcanza el orgasmo?	Casi nunca a nunca	Algunas Veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
	30 (9,1) [6,4-12,7]	81 (24,6) [20,2-29,5]	167 (50,7) [45,3-56,1]	28 (8,5) [5,9-12,5]	23 (6,9) [4,7-10,2]
¿Qué tan satisfecha está con su vida sexual?	Muy insatisfecha	Moderada insatisfacción	Igualmente satisfecha e insatisfecha	Moderada satisfacción	Muy satisfecha
	27 (8,2) [5,7-11,6]	17 (5,1) [3,2-8,1]	16 (4,8) [3,0-7,7]	157 (47,7) [42,3-53,1]	112 (34) [29,1-39,3]
¿Con qué frecuencia siente usted incomodidad o dolor durante una penetración vaginal?	Casi siempre o siempre	Mayoría de las veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca
	37 (11,2) [8,2-15,1]	21 (6,3) [4,2-9,5]	115 (34,9) [30,1-40,2]	133 (40,4) [35,2-45,8]	23 (6,9) [4,7-10,2]

Entre las 329 mujeres afrodescendientes del estudio que tenían actividad sexual, 269 (81,7%) informaron que estaban muy satisfechas o moderadamente satisfechas con su función sexual. El 40,7% comunicó que era alto o muy alto su nivel de deseo sexual, mientras que una proporción similar informó sentir dolor o incomodidad durante la penetración. Los peores dominios del FSFI-6 fueron el orgasmo y la lubricación. Cuadro 11.

Cuadro 11
Mejor función sexual de cada dominio
Female Sexual Function Index, versión abreviada [FSFI-6]
 n = 329

Dominio	Nivel de función sexual	n (%)
¿Cómo calificaría su nivel de deseo o interés sexual?	Alto o muy alto	134 (40,7)
¿Cómo calificaría su nivel de excitación durante la actividad sexual?	Alto o muy alto	125 (37,9)
¿Con qué frecuencia lubrica durante la actividad sexual?	La mayoría de las veces o Casi siempre	49 (14,9)
Cuando usted tiene estimulación sexual o penetración, ¿qué tan seguido alcanza el orgasmo?	La mayoría de las veces o casi siempre	51 (15,5)
¿Qué tan satisfecha está con su vida sexual?	Moderada satisfacción o Muy satisfecha	269 (81,7)
¿Con qué frecuencia siente usted incomodidad o dolor durante una penetración vaginal?	Pocas veces, casi nunca o nunca	156 (47,4)

Con *Female Sexual Function Index*, versión abreviada de seis preguntas [FSFI-6], se encontró que en 99 (30,1%) de las 329 mujeres que tenían actividad sexual presentaban disfunción sexual, mientras que 230 (69,6%) no la presentaban.

Evaluación de los disturbios del sueño

Los trastornos del sueño son factores importantes y están relacionados con la afectación de la salud mental. Entre las 420 mujeres del estudio se valoraron los disturbios del sueño con dos herramientas que identi-

ficar dos situaciones diferentes. Una, con la Escala de Atenas para visibilizar sintomatología propia del insomnio, una alteración importante que es factor de riesgo para eventos cardiovasculares. La otra, una situación de interés como la presencia de somnolencia diurna excesiva, explorada con la escala de Epworth. Son escasos los estudios realizados en mujeres en etapa de climaterio y menopausia en cuanto a la somnolencia diurna excesiva.

El Cuadro 12 presenta las respuestas entregadas a los ítems de la Escala de Insomnio de Atenas, lo que permite observar la magnitud en que cada uno de los ocho escenarios en relación con el dormir se consideraban o se percibían como un problema. Es notorio que el 90,0% de las participantes consideraron como muy insuficiente o no durmió en absoluto, como la duración del dormir.

Cuadro 12					
Respuesta auto informada de los ítems					
Escala de Insomnio de Atenas					
n = 420					
Ítems		0	1	2	3
1	Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado)	Ningún problema	Ligeramente atrasado	Marcadamente atrasado	Muy retrasado o no durmió en absoluto
		67 (15,9) [12,7-19,7]	29 (6,9) [4,8-9,7]	282 (67,1) [62,5-71,4]	42 (10,0) [7,4-13,2]
2	Despertares durante la noche	Ningún problema	Problema menor	Problema considerable	Problema serio o no durmió nada en absoluto
		261 (62,1) [57,4-66,6]	60 (14,2) [11,2-17,9]	46 (10,9) [8,3-14,3]	53 (12,6) [9,7-16,1]
Continúa ...					

**Afectación de la salud mental en
afrodescendientes climatóricas del Caribe colombiano**

Continuación					
Ítems		0	1	2	3
3	Despertar final más temprano de lo deseado	No es más temprano	Un poco más temprano	Marcadamente más temprano	Mucho más temprano o no durmió en absoluto
		113 (26,9) [22,8-31,3]	10 (2,3) [1,30-4,33]	115 (27,3) [23,3-31,8]	182 (43,3) [38,6-48,1]
4	Duración total del dormir	Suficiente	Ligeramente suficiente	Marcadamente insuficiente	Muy insuficiente o no durmió en absoluto
		14 (3,3) [2,0-5,5]	11 (2,6) [1,4-4,6]	12 (2,8) [1,64-4,9]	383 (91,1) [88,0-93,5]
5	Calidad general del dormir (No importa cuánto tiempo durmió usted)	Satisfactoria	Ligeramente insatisfactoria	Marcadamente insatisfactoria	Muy insatisfactoria o no durmió nada en absoluto
		179 (42,6) [37,9-47,3]	29 (6,9) [4,8-9,7]	59 (14,0) [11,0-17,7]	153 (36,4) [31,9-41,1]
6	Sensación de bienestar durante el día	Normal	Ligeramente disminuida	Marcadamente disminuida	Muy disminuida
		53 (12,6) [9,7-16,1]	262 (62,3) [57,6-66,8]	61 (14,5) [11,4-18,2]	44 (10,4) [7,9-13,7]
7	Funcionamiento físico y mental durante el día	Normal	Ligeramente disminuido	Marcadamente disminuido	Muy disminuido
		217 (51,6) [46,8-56,4]	22 (5,2) [3,4-7,8]	119 (28,3) [24,2-32,8]	62 (14,7) [11,6-18,4]
8	Somnolencia durante el día	Ninguna	Leve	Considerable	Intensa
		58 (13,8) [10,8-17,4]	14 (3,3) [2,0-5,5]	260 (61,9) [57,1-66,4]	88 (20,9) [17,3-25,1]

Entre las 420 mujeres evaluadas se identificó con la Escala de Atenas (más de cinco puntos) que 409 (97,3%) [IC95%: 95,3-98,5] presentaban insomnio.

El Cuadro 13 presenta las respuestas entregadas por las mujeres participantes a los interrogantes de la Escala de somnolencia diurna de Epworth que explora la frecuencia de los diferentes grados de severidad de la somnolencia diurna excesiva.

Cuadro 13 Somnolencia Diurna Excesiva Respuesta auto informada de los ítems Escala de somnolencia diurna de Epworth n (%) [iC95%] n = 420				
Pregunta	0	1	2	3
Se queda dormida sentada y leyendo	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
	190 (45,2) [40,5-50,0]	102 (24,2) [20,4-28,6]	16 (3,8) [2,3-6,1]	112 (26,6) [22,6-31,0]
Se queda dormida viendo la TV	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
	94 (22,3) [18,6-26,2]	198 (47,1) [42,4-51,9]	56 (13,3) [10,4-16,9]	72 (17,1) [13,8-21,0]
Se queda dormida sentada e inactiva en un lugar público (cine, teatro, conferencia)	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
	36 (8,5) [6,2-11,6]	136 (32,3) [28,0-37,0]	80 (19,0) [15,5-23,0]	168 (40,0) [35,4-44,7]
Continúa ...				

Afectación de la salud mental en afrodescendientes climatóricas del Caribe colombiano

Continuación				
Pregunta	0	1	2	3
Se queda dormida como pasajera de carro	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
	29 (6,9) [4,8-9,7]	197 (46,9) [42,1-51,6]	91 (21,6) [17,9-25,8]	103 (24,5) [20,6-28,8]
Se queda dormida estirada para descansar al mediodía	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
	45 (10,7) [8,1-14,0]	172 (40,9) [36,3-45,7]	123 (29,2) [25,1-33,8]	80 (19,0) [15,5-23,0]
Se queda dormida sentada y hablando con otra persona	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
	74 (17,6) [14,2-21,5]	232 (55,2) [50,4-59,9]	85 (20,2) [16,6-24,3]	29 (6,9) [4,8-9,7]
Se queda dormida sentada tranquilamente después de una comida sin alcohol	Nunca Tengo Sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
	58 (13,8) [10,8-17,4]	118 (28,1) [24,0-32,5]	160 (38,1) [33,5-42,8]	84 (20,0) [16,4-24,0]
Se queda dormida en un carro detenido por unos minutos en el tránsito por ejemplo en el semáforo	Nunca tengo sueño	Ligera probabilidad de tener sueño	Moderada probabilidad de tener sueño	Alta probabilidad de tener sueño
	49 (11,6) [8,9-15,0]	96 (22,8) [19,1-27,1]	109 (25,9) [21,9-30,3]	166 (39,5) [34,9-44,2]

Entre las 420 mujeres afrodescendientes participantes se identificó ausencia de somnolencia diurna excesiva (0-10 puntos en la Escala de Epwort) en 143 (34,0%) [IC95%:29,6-38,7]; somnolencia diurna excesiva leve (puntuación de 11 y 12) en 77 (18,3%) [IC95%:14,9-22,3]; somnolencia diurna excesiva moderada (puntuación 13-15) en 127 (30,2%) [IC95%: 26,0-34,7] y somnolencia diurna excesivas grave (16 o más puntuación) en 73 (17,3%) [IC95%:14,0-21,3]. Por tanto, el 47,6% presentaban somnolencia diurna excesiva patológica, lo cual corresponde a la sumatoria de somnolencia diurna excesiva moderada más somnolencia diurna excesiva grave.

Frecuencia de los trastornos del comportamiento alimentario

Los trastornos del comportamiento alimentario pueden ser favorecedores o consecuencias de la afectación de la salud mental. Para realizar aproximación e identificar la frecuencia del posible trastorno del comportamiento alimentario se aplicó la Escala SCOFF. Las respuestas a los ítems de la Escala SCOFF se observan en el Cuadro 14. Se identificó en 130 (30,9%) [IC95%:26,7-35,5] de las encuestadas posible trastorno del comportamiento alimentario, lo cual no fue identificado en las restantes 290 (69,0%) [IC95%:64,4-73,2] mujeres participantes.

<p align="center">Cuadro 14 Opinión sobre el comportamiento alimentario <i>Escala SCOFF</i> n (%) [IC95%] n = 420</p>		
	Si	No
¿Tiene sensación de estar enferma porque siente el estómago lleno que le resulta incómodo?	144 (34,2) [29,9-38,9]	276 (65,7) [61,0-70,0]
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuánto come?	103 (24,5) [20,6-28,8]	317 (75,4) [71,1-79,3]
¿Ha perdido recientemente más de seis kilogramos en un período de tres meses?	67 (15,9) [12,7-19,7]	253 (84,0) [80,2-87,2]
Continúa ...		

Continuación		
	Si	No
¿Cree que está gorda, aunque otros digan que está demasiado delgada?	72 (17,1) [13,8-21,0]	348 (82,8) [78,9-86,1]
¿Diría que la comida domina su vida?	86 (20,4) [16,8-24,5]	334 (79,5) [75,4-83,1]

Exploración en relación con la religiosidad

La religiosidad o la espiritualidad es un factor que puede contribuir a reducir la afectación de la salud mental. El Cuadro 15 presenta la exploración sobre la cercanía o la relación con Cristo que tuvieron las mujeres del estudio, para visibilizar el impacto que pudiese tener la religiosidad en las alteraciones psicológicas en un grupo de mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano. No es la intención del estudio explorar según afinidad, participación o estar involucradas con congregaciones o comunidades religiosas, por tanto, no se interrogó al respecto y no se miró a profundidad dicho aspecto. En estudios posteriores se intentará precisar si esta variable puede llegar a ser un factor asociado a un menor deterioro de la salud mental.

Cuadro 15					
Opinión sobre su religiosidad					
<i>Escala breve de Religiosidad de Francis</i>					
Respuesta auto informada de los ítems					
n (%) [IC95%]					
n = 420					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura	De acuerdo	Muyde acuerdo
Yo sé que Cristo me ayuda	3 (0,7) [0,2-2,0]	2 (0,5) [0,1-1,7]	3 (0,7) [0,2-2,0]	147 (35,0) [30,6-39,7]	265 (63,1) [58,4-67,5]
Dios me ayuda a llevar una vida mejor	=	2 (0,5) [0,1-1,7]	3 (0,7) [0,2-2,0]	151 (35,9) [31,5-40,6]	264 (62,8) [58,1-67,3]
					Continúa ...

Continuación					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura	De acuerdo	Muy de acuerdo
Dios significa mucho para mí	=	2 (0,4) [0,1-1,7]	3 (0,7) [0,2-2,0]	143 (34,5) [30,1-39,1]	270 (64,2) [59,5-68,7]
Orar me sirve de mucho	=	3 (0,7) [0,2-2,0]	4 (0,9) [0,3-2,4]	135 (32,1) [27,8-36,7]	278 (66,1) [61,5-70,5]
Sé que Jesús está muy cerca de mí	=	2 (0,5) [0,1-1,7]	4 (0,9) [0,3-2,4]	141 (33,5) [29,2-38,2]	273 (65,0) [60,3-69,4]

La mayoría de las mujeres incluidas en el estudio estuvieron muy de acuerdo con todas las evaluaciones de la escala de religiosidad. Las diferencias entre estar muy de acuerdo y no estar muy de acuerdo fue estadísticamente significativa (0,05). Cuadro 16.

Cuadro 16 Evaluación de la religiosidad <i>Escala breve de Religiosidad de Francis</i> Distribución y comparación según la opinión de estar muy de acuerdo o no estar muy de acuerdo n (%) [IC95%] n = 420		
	Sí, están muy de acuerdo	No, no están muy de acuerdo
Yo sé que Cristo me ayuda	265 (63,1) [58,4-67,5]	155 (36,9) [32,4-41,6]
Dios me ayuda a llevar una vida mejor	264 (62,8) [58,1-67,3]	156 (37,1) [32,6-41,8]
Dios significa mucho para mí	270 (64,2) [59,5-68,7]	150 (35,7) [31,2-40,4]
Orar me sirve de mucho	278 (66,1) [61,5-70,5]	142 (33,8) [29,4-38,4]
Sé que Jesús está muy cerca de mí	273 (65,0) [60,3-69,4]	147 (35,0) [30,5-29,6]

Evaluación del cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración

Con la pregunta número siete de *Menopause Rating Scale* [MRS] se explora el auto reporte de cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración. Las participantes tuvieron la oportunidad de responder la pregunta así: nunca, leve, moderado, severo o muy severo, y se asignó 0,1,2,3,4 puntos, respectivamente. Para el presente estudio se consideró no presentar cansancio físico mental cuando las participantes contestaron nunca. A su vez, se consideró presentar cansancio físico mental cuando contestaron leve, moderado, severo o muy severo.

Se encontró en las 420 participantes afrodescendientes del Caribe colombiano que 175 (41,6%) presentaban cansancio físico mental, mientras que 245 (58,4%) no lo presentaban. Tuvieron significativamente mayor número de hijos las mujeres que tenían cansancio físico mental al comparar con mujeres sin cansancio físico mental.

Así mismo, las mujeres con cansancio físico mental tuvieron significativamente mayor medición del perímetro de la cintura y del perímetro de la cadera, $101,7 \pm 15,6$ vs $92,8 \pm 14,1$ y $109,1 \pm 13,9$ vs $101,0 \pm 14,1$, respectivamente. El Cuadro 17 presenta la comparación de las variables cuantitativas de las características sociodemográficas y clínicas según la presencia o ausencia del cansancio físico mental.

Cuadro 17 Comparación según la presencia de cansancio físico mental Características sociodemográficas y clínicas Variables cuantitativas ($\bar{X} \pm SD$) n = 420			
	Sin cansancio físico mental 245 (58,3%)	Con cansancio físico mental 175 (41,6%)	P
Edad en años	$49,8 \pm 6,1$	$51,5 \pm 5,6$	0,02*
Años de estudio	$5,8 \pm 3,6$	$5,4 \pm 3,8$	0,29*
Continúa...			

Continuación			
	Sin cansancio físico mental 245 (58,3%)	Con cansancio físico mental 175 (41,6%)	P
Peso en kg	65,5 ± 11,9	68,9 ± 13,0	0,02*
Número de tazas de café al día	2,4 ± 1,9	2,1 ± 1,7	0,18*
Número de hijos	4,2 ± 2,4	5,1 ± 2,4	<0,01*
Perímetro de cintura en cm	92,8 ± 14,1	101,7 ± 15,6	<0,001*
Perímetro de cadera en cm	101,0 ± 14,1	109,1 ± 13,9	<0,001*
Índice cintura/cadera	0,9 ± 0,0	0,9 ± 0,0	0,09**
Índice de Masa Corporal	25,1 ± 4,9	26,3 ± 5,2	0,05*

(*) Calculado con ANOVA. (**) Calculado con Kruskal-Wallis

Entre las mujeres con cansancio físico mental, el 13,4% estaban en el rango etario 40-44 años, mientras que entre mujeres sin cansancio físico mental, el 26,6% estaban en ese mismo grupo de edad. Esa diferencia es estadísticamente significativa.

De igual manera, se observó mayor frecuencia de riesgo metabólico muy aumentado, diabetes, hipertensión arterial entre las mujeres con cansancio físico mental que en las mujeres sin cansancio físico mental y las diferencias fueron significativas. El Cuadro 18 presenta la comparación de las variables cualitativas, según la presencia o ausencia de cansancio físico mental.

Cuadro 18
Comparación según la presencia de cansancio físico mental
Características sociodemográficas y clínicas
Datos porcentuales
Variables cualitativas
% [IC95%]
n = 420

	Sin cansancio físico mental 245 (58,3%)	Con cansancio físico mental 175 (41,6%)	p (*)
Premenopausia	19,2 [15,2-23,9]	8,5 [3,5-16,8]	0,02
Transición a la menopausia	58,2 [52,8-63,5]	67,0 [55,8-77,0]	0,14
Posmenopausia	22,4 [18,2-27,3]	24,3 [15,5-35,1]	0,71
Edad entre 40-44 años	26,6 [22,0-31,7]	13,4 [6,8-22,7]	<0,05
Edad entre 45-49 años	21,8 [17,6-26,7]	21,9 [13,5-32,4]	0,99
Edad entre 50-54 años	21,6 [17,4-26,4]	24,3 [5,5-35,1]	0,58
Edad entre 55-59 años	29,8 [25,1-35,1]	40,2 [29,5-51,6]	0,07
Soltera o separada	25,1 [20,6-30,1]	24,3 [15,5-35,1]	0,88
Casada o actualmente unida	69,2 [63,9-74,0]	64,6 [53,3-74,8]	0,42
Viuda	5,6 [3,5-8,7]	10,9 [5,1-19,8]	0,08
Estudios primarios	54,4 [48,9-59,8]	57,3 [45,9-68,1]	0,63
Estudios secundarios	42,6 [37,3-48,0]	39,0 [28,4-50,4]	0,55
Estudios superiores	2,9 [1,5-5,5]	3,6 [0,7-10,3]	0,74
Estado nutricional normal	44,3 [39,0-49,8]	37,8 [27,3-49,1]	0,28
En estado nutricional de infra peso	6,5 [4,3-9,6]	3,6 [0,7-10,3]	0,32
En estado nutricional de sobrepeso	36,9 [32,0-42,2]	42,4 [30,6-52,8]	0,45
En estado nutricional de obesidad	12,1 [9,0-16,0]	17,0 [9,6-26,9]	0,23
Continúa...			

Continuación			
	Sin cansancio físico mental 245 (58,3%)	Con cansancio físico mental 175 (41,6%)	p (*)
Con riesgo metabólico bajo	19,8 [15,7-24,5]	6,1 [2,0-13,6]	<0,01
Con riesgo metabólico aumentado	18,6 [14,7-23,2]	10,9 [5,1-19,8]	0,09
Con riesgo metabólico muy aumentado	61,5 [56,1-66,7]	82,9 [73,0-90,3]	<0,001
Nunca tuvo hábito de fumar	67,4 [62,1-72,3]	63,4 [52,0-73,7]	0,48
Anteriormente fumaba	12,4 [9,2-16,5]	17,0 [9,6-26,9]	0,26
Actualmente fuma	20,1 [16,0-24,8]	19,5 [11,5-29,7]	0,90
Con obesidad abdominal	80,1 [75,4-84,2]	93,9 [15,7-24,5]	<0,01
Consumo diario de café	81,3 [76,7-85,2]	79,2 [68,8-87,4]	0,66
Con pareja sexual actualmente	72,1 [67,0-76,8]	67,9 [55,8-77,0]	0,35
Antecedente de histerectomía abdominal	7,1 [4,7-10,5]	6,1 [2,0-13,6]	0,74
Antecedente de ooforectomía bilateral	1,7 [0,7-4,0]	2,4 [0,3-8,5]	0,69
Diabetes mellitus diagnosticada	8,2 [5,6-11,8]	21,9 [13,5-32,4]	<0,001
Con hipertensión arterial	25,7 [21,2-30,8]	51,2 [39,9-62,4]	<0,001
Con hipotiroidismo	0,5 [0,1-2,1]	2,4 [0,3-8,5]	0,02

(*) *Calculado con Chi².*

Con la regresión logística no ajustada se encontró que la presencia de riesgo metabólico, diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad abdominal se asociaron tres veces con cansancio físico mental. A su vez, se asociaron dos veces a cansancio físico mental la transición a la menopausia con respecto a la premenopausia, tener 55-59 años o 50-54 años con respecto al rango etario de menor edad. La obesidad y el

sobrepeso no se asociaron con cansancio físico mental. Al realizar regresión logística ajustada, incluyendo las variables que en el análisis bivariado tuvieron significancia estadística, se observó que la presencia de riesgo metabólico, diabetes mellitus e hipertensión arterial se asociaron dos veces con cansancio físico mental en las mujeres climatéricas afrodescendientes estudiadas y residentes en el Caribe colombiano. Cuadro 19.

Cuadro 19 Factores asociados a cansancio físico mental Regresión logística no ajustada y ajustada n = 420				
Factores	OR [IC95%]	p	OR [IC95%]	p
Presencia de riesgo metabólico	3,03 [1,64-5,61]	<0,001	2,36 [1,03-5,41]	<0,05
Diabetes mellitus	3,11 [1,62-5,96]	<0,001	2,21 [1,13-4,61]	<0,05
Hipertensión arterial	3,02 [1,84-4,97]	<0,001	2,20 [1,29-3,76]	<0,01
Rango etario 55-59 vs 40-44 años	2,67 [1,27-5,59]	<0,01	1,98 [0,80-4,88]	0,01
Transición a la menopausia vs premenopausia	2,59 [1,12-5,97]	<0,05	1,51 [0,54-4,23]	0,42
Obesidad abdominal	3,80 [1,48-9,76]	<0,01	1,71 [0,50-5,86]	0,38
Rango etario 50-54 vs 40-44 años	2,24 [1,00-4,97]	0,05	1,22 [0,47-3,16]	0,68
Obesidad vs estado nutricional normal	1,65 [0,80-3,39]	0,32	1,03 [0,47-2,27]	0,93
Sobrepeso vs estado nutricional normal	1,31 [0,76-2,26]	0,32	0,94 [0,51-1,72]	0,85

Se estimó el coeficiente de correlación de Spearman y se observó correlación positiva pero despreciable entre la circunferencia de la cintura y la circunferencia de la cadera con la puntuación del cansancio físico mental establecido con *Menopause Rating Scale*. Cuadro 20.

Cuadro 20 Coeficiente de correlación con cansancio físico mental			
	rho	IC95%	P
Perímetro de cintura	0,230	0,137 to 0,318	<0,001
Perímetro de la cadera	0,217	0,124 to 0,307	<0,001
Edad	0,099	0,003 to 0,193	<0,05
Peso	0,096	0,000 to 0,190	<0,05
Índice cintura/cadera	0,091	-0,003 to 0,186	0,06
IMC	0,085	-0,010 to 0,180	0,08

Evaluación de los síntomas de ansiedad, impaciencia, pánico e inquietud interna

De las 420 mujeres afrodescendientes climatéricas, 180 (42,8%) informaron presentar síntomas de ansiedad. *Menopause Rating Scale* por medio de la pregunta número seis explora la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad, impaciencia, pánico e inquietud interna.

Se observó que la medición del perímetro abdominal y la medición del perímetro de la cadera, fueron superiores entre mujeres que manifestaron tener síntomas de ansiedad con respecto a las que no tenían síntomas de ansiedad. Esas diferencias fueron estadísticamente significativas. Informaron tener mayor número de hijos las mujeres con síntomas de ansiedad. Cuadro 21.

Cuadro 21 Comparación según la presencia de síntomas de ansiedad Características sociodemográficas y clínicas Variables cuantitativas (X ± SD) n = 420			
	Sin ansiedad 240 (57,2%)	Con ansiedad 180 (42,8%)	P
Edad en años	50,1±6,0	50,2±6,1	0,91*
Años de estudio	5,8±3,6	5,7±3,6	0,87*
Peso en kg	65,4±11,3	69,1±14,9	0,07**
Continúa...			

Continuación			
	Sin ansiedad 240 (57,2%)	Con ansiedad 180 (42,8%)	p
Número de hijos	4,3±2,5	4,9±2,1	<0,05*
Perímetro abdominal en cm	92,5±13,9	102,7±15,7	<0,001*
Perímetro de cadera en cm	100,7±13,7	110,0±14,8	<0,001*
Índice cintura/cadera	0,9±0,0	0,9±0,0	0,28*
Índice Masa Corporal	25,0±4,5	26,8±6,4	0,05**

(*) estimado con ANOVA. (**) Estimado con Kruskal-Wallis.

En el grupo de mujeres con síntomas de ansiedad hubo estadísticamente significativo mayor frecuencia de diabetes, hipertensión arterial, estado nutricional de obesidad, riesgo metabólico muy aumentado y obesidad abdominal, que entre las mujeres sin síntomas de ansiedad. En estas últimas, fueron más frecuentes las mujeres con estado nutricional normal, riesgo metabólico bajo y las fumadoras actuales. Cuadro 22.

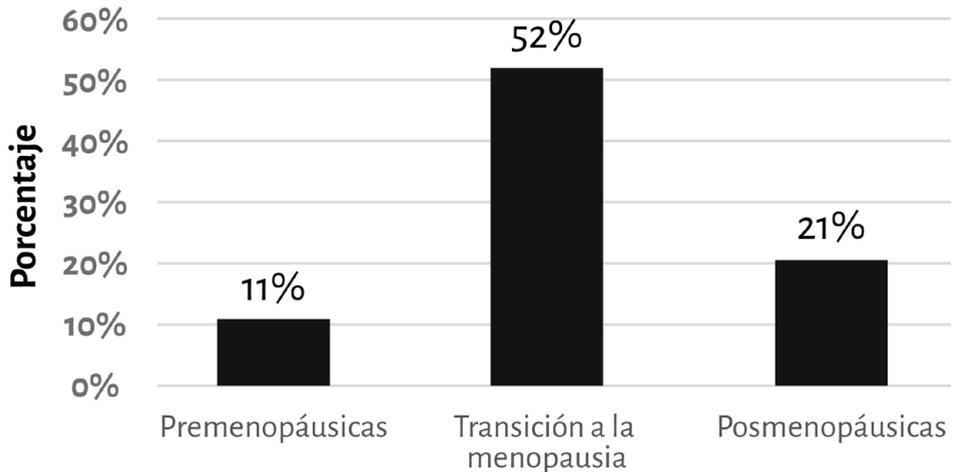
Cuadro 22			
Comparación según la presencia de síntomas de ansiedad			
Características sociodemográficas y clínicas			
Datos porcentuales			
Variables cualitativas			
% [IC95%] n = 420			
	Sin ansiedad 240 (57,2%)	Con ansiedad 180 (42,8%)	p (*)
Premenopáusicas	18,1 [14,4-22,6]	13,1 [6,7-22,2]	0,27
Transición a la menopausia	59,5 [54,2-64,4]	61,9 [50,6-72,2]	0,69
Posmenopausia	22,3 [18,2-27,0]	25,0 [16,1-35,6]	0,60
Edad entre 40-44 años	25,0 [20,6-29,9]	20,2 [12,2-30,4]	0,36
Edad entre 45-49 años	20,8 [16,8-25,4]	26,1 [17,2-36,9]	0,28
Edad entre 50-54 años	22,3 [18,2-27,0]	21,4 [13,2-31,7]	0,86
Edad entre 55-59 años	31,8 [27,0-37,0]	32,1 [22,3-43,2]	0,95
Soltera o separada	25,3 [20,9-30,2]	23,8 [15,1-34,3]	0,77
Continúa...			

Continuación			
	Sin ansiedad 240 (57,2%)	Con ansiedad 180 (42,8%)	p (*)
Casada o actualmente unidas	67,8 [62,6-72,6]	70,2 [59,2-79,7]	0,67
Viuda	6,8 [4,6-10,0]	5,9 [1,9-13,3]	0,76
Estudios primarios	55,3 [50,0-60,5]	53,5 [42,3-64,5]	0,76
Estudios secundarios	41,3 [36,2-46,7]	44,0 [33,2-55,3]	0,65
Estudios superiores	3,2 [1,8-5,7]	2,3 [0,2-8,3]	0,67
Estado nutricional normal	45,5 [40,2-50,8]	33,3 [23,4-44,4]	<0,05
En estado nutricional de infra peso	5,6 [3,6-8,6]	7,1 [2,6-14,9]	0,60
En estado nutricional de sobrepeso	37,5 [32,4-42,7]	39,2 [28,8-50,5]	0,76
En estado nutricional de obesidad	11,3 [8,3-15,1]	20,2 [12,2-30,4]	<0,05
Con riesgo metabólico bajo	19,9 [16,0-24,5]	5,9 [1,9-13,3]	<0,01
Con riesgo metabólico aumentado	19,3 [15,4-23,9]	8,3 [3,4-16,4]	<0,05
Con riesgo metabólico muy aumentado	60,7 [55,4-65,7]	85,7 [76,3-92,3]	<0,001
Nunca tuvo hábito de fumar	64,5 [59,3-69,5]	75,0 [64,3-83,8]	0,07
Anteriormente fumaba	13,3 [10,1-17,4]	13,1 [6,7-22,2]	0,94
Actualmente fuma	22,0 [17,9-26,7]	11,9 [5,8-20,8]	<0,05
Con obesidad abdominal	80,0 [75,4-83,9]	94,0 [86,6-98,0]	<0,01
Con pareja sexual actualmente	70,8 [65,7-75,4]	72,6 [61,8-81,7]	0,74
Antecedente de histerectomía abdominal	6,8 [4,6-10,0]	7,1 [2,6-14,9]	0,92
Antecedente de ooforectomía bilateral	1,4 [0,6-3,4]	3,5 [0,7-10,8]	0,21
Diabetes mellitus diagnosticada	7,7 [5,3-11,1]	23,8 [15,1-34,3]	<0,001
Con hipertensión arterial	28,2 [23,7-33,3]	40,4 [29,9-51,7]	<0,05
Con hipotiroidismo	0,8 [0,3-2,5]	1,1 [0,0-6,4]	0,80

(*) Calculado con Chi².

La mitad de las mujeres afrodescendientes que informaron presentar síntomas de ansiedad se encontraban en transición a la menopausia. Gráfica 1.

**GRÁFICA 1.
ESTADO CLIMATÉRICO DE MUJERES
CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD**



Estado menopáusico

Gráfica 1. Mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano con síntomas de ansiedad, impaciencia, pánico e inquietud interna. Distribución por estados menopáusicos.

Todos los síntomas fueron más frecuentes entre mujeres con síntomas de ansiedad en comparación con las que no los presentaban. La diferencia fue estadísticamente significativa para todos los síntomas menopáusicos, excepto para los problemas de vejiga. Los dolores muscular articulares y las oleadas de calor fueron los síntomas menopáusicos más frecuentes entre las mujeres que presentaban síntomas de ansiedad, 86,9% y 71,4%, respectivamente. Cuadro 23.

<p align="center">Cuadro 23 Frecuencia de síntomas de la menopausia <i>Menopause Rating Scale</i> Comparación según la presencia de síntomas de ansiedad Datos porcentuales % [IC95%] n = 420</p>			
	Sin ansiedad 240 (57.1%)	Con ansiedad 180 (42,8%)	p (*)
Oleadas de calor, sofocos, sudoraciones o bochornos	56,8 [51,5-62,0]	71,4 [60,5-80,7]	<0,05
Molestias cardiacas, palpitaciones, taquicardias, latidos u opresión torácica	30,6 [25,9-35,7]	53,5 [42,3-64,5]	<0,001
Problemas de sueño, dificultad para dormir, despertarse temprano, despertar con facilidad	30,9 [26,2-36,0]	54,7 [43,5-65,6]	<0,001
Estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor	19,35 [15,4-23,9]	55,9 [44,7-66,7]	<0,001
Irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva	10,4 [7,5-14,1]	63,1 [51,8-73,3]	<0,001
Cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración	10,4 [7,5-14,4]	55,9 [44,7-66,7]	<0,001
Problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad o en la satisfacción sexual	3,8 [2,2-6,5]	17,8 [10,3-27,7]	<0,001
Problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar o salida sola de orina	20,8 [16,8-25,4]	23,8 [15,1-34,3]	0,55

Continúa...

Continuación			
	Sin ansiedad 240 (57.1%)	Con ansiedad 180 (42,8%)	p (*)
Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor o problemas a la hora de realizar el coito	(0,8 [0,3-2,5])	16,6 [9,4-26,3]	<0,001
Problemas musculares o de las articulaciones, dolores reumatoideos o articulares	50,6 [45,2-55,9]	86,9 [77,7-93,2]	<0,001

(*) *Calculado con Chi².*

Entre las mujeres incluidas en el estudio se encontró en el análisis bivariado que todos los síntomas menopáusicos, a excepción de los problemas de vejiga, se asociaron con mayor presencia a síntomas de ansiedad. También se asociaron con síntomas de ansiedad el riesgo metabólico muy aumentado, la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Cuadro 24.

Cuadro 24 Factores asociados a síntomas de ansiedad Regresión logística no ajustada N=420		
	OR [IC95%]	p
Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor o problemas a la hora de realizar el coito	22,17 [6,20-79,19]	<0,001
Irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva	14,70 [8,35-25,86]	<0,001
Cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración	10,92 [6,26-19,02]	<0,001
Continúa...		

Continuación		
	OR [IC95%]	p
Problemas musculares o de las articulaciones, dolores reumatoides o articulares	6,48 [3,31-12,65]	<0,001
Problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad o en la satisfacción sexual	5,40 [1,65-4,39]	<0,001
Estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor	5,29 [3,18-8,80]	<0,001
Riesgo metabólico aumentado y muy aumentado	3,92 [1,53-10,08]	<0,01
Diabetes mellitus	3,72 [1,96-7,08]	<0,001
Problemas de sueño, dificultad para dormir, despertarse temprano, despertar con facilidad	2,70 [1,65-4,39]	<0,001
Molestias cardíacas, palpitaciones, taquicardias, latidos u opresión torácica	2,61 [1,60-4,24]	<0,001
Hipertensión arterial	2,60 [1,64-4,08]	<0,001
Estado nutricional: obesidad	2,44 [1,21-4,92]	<0,01
Oleadas de calor, sofocos, sudoraciones o bochornos	1,89 [1,12-3,19]	<0,01
Problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar o salida sola de orina	1,18 [0,67-2,09]	0,55

Se realizó una regresión logística ajustada incluyendo todas las variables significativas en el análisis bivariado, observando que la presencia de resequedad vaginal, irritabilidad, cansancio físico mental, diabetes mellitus, conservaron la asociación significativamente. Cuadro 25.

Cuadro 25 Factores asociados a síntomas de ansiedad Regresión logística ajustada N=420		
	OR [IC95%]	p
Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor o problemas a la hora de realizar el coito	11,91 [2,16-65,71]	<0,01
Irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva	9,96 [4,47-22,18]	<0,001
Cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración	7,07 [3,33-14,99]	<0,001
Diabetes mellitus	2,46 [1,01-5,96]	<0,05

Evaluación de la irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa, agresiva

Menopause Rating Scale explora con la pregunta número cinco el auto informe de irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa o agresiva en mujeres en etapa vital de climaterio. Entre las 420 mujeres afrodescendientes residentes en el Caribe colombiano, se encontró que 128 (30,4%) de ellas manifestaron haber presentado en el último mes episodios de irritabilidad. Las mujeres que informaron irritabilidad o sentirse muy nerviosa tuvieron mayor peso, mayor circunferencia de cadera y mayor perímetro abdominal que las otras participantes que no estaban con irritabilidad. Esa diferencia fue estadísticamente significativa. Cuadro 26.

Cuadro 26 Comparación según la presencia de irritabilidad o sentirse muy nerviosa Características sociodemográficas y clínicas Variables cuantitativas (X ± SD) n = 420			
	Sin irritabilidad 292 (69,5%)	Con irritabilidad N=128 (30,5%)	p
Edad en años	50,1±6,0	50,3±6,2	0,80*
Años de estudio	5,9±3,7	5,2±3,4	0,08*
Peso en kg	65,4±12,0	69,0±12,4	<0,05*
Número de hijos	2,5±1,9	1,9±1,5	0,07*
Perímetro abdominal en cm	4,3±2,5	4,8±2,0	<0,05**
Perímetro de cadera en cm	92,7±14,5	101,4±14,0	<0,001**
Índice cintura/cadera	101,0±14,3	108,5±13,1	0,001*
Índice Masa Corporal	0,9±0,0	0,9±0,0	0,10*

(*) estimado con ANOVA. (**) Estimado con Kruskal-Wallis.

Entre las mujeres que informaron sentir irritabilidad o sentirse muy nerviosa se encontró mayor frecuencia de riesgo metabólico muy aumentado y nunca habían fumado, con respecto a las que no tenían irritabilidad ($p < 0.05$). No se observaron diferencias significativas en cuanto a rangos etario ni estados menopáusicos. Cuadro 27.

Cuadro 27 Comparación según la presencia de irritabilidad o sentirse muy nerviosa Características sociodemográficas y clínicas Variables cualitativas. Datos porcentuales % [IC95%] n = 420			
	Sin irritabilidad 292 (69,5%)	Con irritabilidad 128 (30,4%)	p (*)
Premenopáusicas	18,6 [14,8-23,2]	11,3 [5,5-19,9]	0,10
Transición a la menopausia	59,3 [53,9-64,4]	62,5 [51,5-72,6]	0,59
Continúa...			

**Afectación de la salud mental en
afrodescendientes climatóricas del Caribe colombiano**

Continuación			
	Sin irritabilidad 292 (69,5%)	Con irritabilidad 128 (30,4%)	p (*)
Posmenopausia	21,9 [17,8-26,7]	26,1 [17,3-36,5]	0,41
Edad entre 40-44 años	25,0 [20,6-29,9]	20,4 [12,6-30,3]	0,37
Edad entre 45-49 años	21,6 [17,5-26,4]	22,7 [14,4-32,8]	0,83
Edad entre 50-54 años	21,6 [17,5-26,4]	23,8 [15,4-34,1]	0,66
Edad entre 55-59 años	31,6 [26,8-36,8]	32,9 [23,3-43,7]	0,81
Soltera o separada	27,4 [22,8-32,4]	15,9 [8,9-25,2]	0,58
Casada o actualmente unidas	65,3 [60,0-70,2]	79,5 [69,6-87,4]	0,59
Viuda	7,2 [4,9-10,5]	4,5 [1,2-11,2]	0,37
Estudios primarios	53,3 [47,9-58,6]	61,3 [50,3-71,5]	0,17
Estudios secundarios	43,0 [37,8-48,4]	37,5 [27,4-48,4]	0,34
Estudios superiores	3,6 [2,0-6,2]	1,1 [0,0-6,1]	0,23
Estado nutricional normal	46,0 [40,8-51,4]	31,8 [22,2-42,6]	0,16
En estado nutricional de infra peso	6,6 [4,4-9,8]	3,4 [0,7-9,6]	0,25
En estado nutricional de sobrepeso	36,1 [31,1-41,4]	44,3 [33,7-55,3]	0,16
En estado nutricional de obesidad	11,1 [8,1-14,9]	20,4 [12,6-30,3]	0,2
Con riesgo metabólico bajo	20,1 [16,2-24,8]	5,6 [1,8-12,7]	<0,05
Con riesgo metabólico aumentado	17,7 [14,0-22,2]	14,7 [8,1-23,9]	0,50
Con riesgo metabólico muy aumentado	62,0 [56,7-67,1]	79,5 [69,6-87,4]	<0,01
Nunca tuvo hábito de fumar	79,8 [75,1-83,7]	94,3 [87,2-98,1]	<0,001
Anteriormente fumaba	6,3 [4,1-9,4]	9,0 [4,0-17,1]	0,36
Actualmente fuma	1,5 [0,6-3,4]	3,4 [0,7-9,6]	0,24
Con obesidad abdominal	36,1 [31,1-41,4]	44,3 [33,7-55,3]	0,16
Con pareja sexual actualmente	11,1 [8,1-14,9]	20,4 [12,6-30,3]	0,21

Continúa...

Continuación			
	Sin irritabilidad 292 (69,5%)	Con irritabilidad 128 (30,4%)	p (*)
Antecedente de histerectomía abdominal	20,1 [16,2-24,8]	5,6 [1,8-12,7]	<0,001
Antecedente de ooforectomía bilateral	17,7 [14,0-22,2]	14,7 [8,1-23,9]	0,50
Diabetes mellitus diagnosticada	9,0 [6,4-12,6]	18,1 [10,7-37,8]	0,14
Con hipertensión arterial	27,7 [23,1-32,7]	42,0 [31,6-53,0]	0,96
Con hipotiroidismo	0,9 [0,3-2,6]	1,1 [0,0-6,1]	0,84

(*) *Calculado con Chi².*

Todos los síntomas de la menopausia fueron más frecuentemente informados por las mujeres que presentaban irritabilidad, se sentían muy nerviosa, estaban tensa o agresivas, que por las que no lo estaban. Las diferencias fueron significativas estadísticamente en todos los síntomas menopáusicos, excepto en el referente a problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar o salida sola de orina. Los síntomas menopáusicos más frecuentes entre las mujeres con irritabilidad fueron las molestias músculo-articulares, seguido de las oleadas de calor y el estado de ánimo depresivo. El 60% de las mujeres con irritabilidad presentaban molestias cardíacas, problemas de sueño o síntomas de ansiedad. Cuadro 28.

Cuadro 28			
Frecuencia de síntomas de la menopausia			
<i>Menopause Rating Scale</i>			
Comparación según la presencia de irritabilidad o sentirse muy nerviosa			
Datos porcentuales			
% [IC95%] n = 420			
	Sin irritabilidad 292 (69,5%)	Con irritabilidad 128 (30,4%)	p (*)
Oleadas de calor, sofocos, sudoraciones o bochornos	54,2 [48,8-59,5]	80,6 [70,8-88,3]	<0,001
Continúa...			

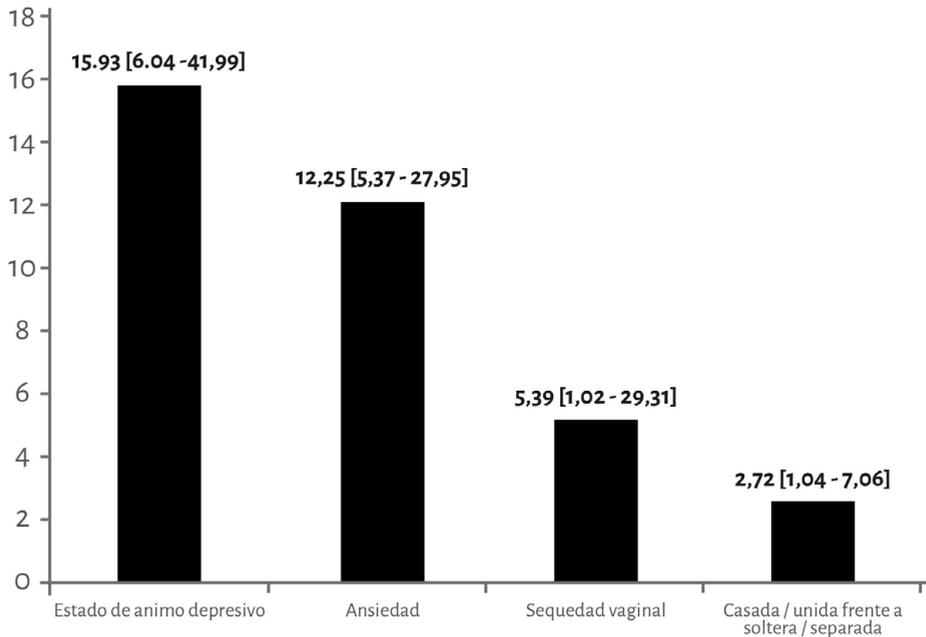
**Afectación de la salud mental en
afrodescendientes climatéricas del Caribe colombiano**

Continuación			
	Sin irritabilidad 292 (69,5%)	Con irritabilidad 128 (30,4%)	p (*)
Estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor	13,5 [10,2-17,6]	76,1 [65,8-84,5]	<0,001
Síntomas de ansiedad, impaciencia, pánico e inquietud interna	9,3 [6,6-12,9]	60,2 [49,2,-70,5]	<0,001
Cansancio o agotamiento físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración	11,7 [8,7-15,6]	48,8 [38,0-59,7]	<0,001
Problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad o en la satisfacción sexual	3,9 [2,3-,6,5]	17,0 [9,8-26,5]	<0,001
Problemas de vejiga, dificultad al orinar, mayor necesidad de orinar o salida sola de orina	19,5 [15,6-24,1]	28,4 [19,3-39,0]	0,73
Resequedad vaginal, sensación de sequedad, ardor o problemas a la hora de realizar el coito	1,5 [0,6-3,4]	13,6 [7,2-22,6]	<0,001
Problemas musculares o de las articulaciones, dolores reumatoideos o articulares	49,1 [43,7-54,4]	90,9 [82,8-95,9]	<0,001

(*) *Calculado con Chi².*

Con un modelo de regresión logística ajustado, en el cual las covariables fueron: los síntomas de la menopausia, el estado menopáusico, la edad, el estado civil y el estado nutricional, se encontró que los factores asociados a irritabilidad fueron en orden de frecuencia: el estado de ánimo depresivo, la ansiedad, la resequedad vaginal y estar en estado civil soltera o separada, frente a estar casada o unida con otra pareja. En este

último caso, la condición de estar soltera o separada se asoció con 2,7 veces mayor probabilidad de presentar irritabilidad, sentirse muy nerviosa, estar tensa o agresiva. Gráfica 2.



Gráfica 2. Mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano con irritabilidad, sentirse muy nerviosa, estar tensa o agresiva. Factores asociados. Regresión logística ajustada con variables sociodemográficas y clínica. OR [IC95%].

Evaluación del estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas, cambios de humor

El estado de ánimo depresivo, sentirse decaída, triste, a punto de llorar, con falta de ganas o con cambios de humor, hacen parte de los síntomas psicológicos de la menopausia. Estas manifestaciones se exploran con la pregunta número cuatro de *Menopause Rating Scale*. Entre las 420 mujeres del estudio se encontró que 128 (30,4%) presentaban estado de ánimo depresivo, se sentían decaídas, tristes, a punto de llorar, con falta de ganas o con cambios de humor. Las mujeres con trastorno de

ánimo depresivo tenían significativamente menor número de hijos que aquellas que no tenían estado de ánimo depresivo. No se observó diferencia significativa en cuanto a edad y años de estudios. Finalmente, las mujeres con estado de ánimo depresivo tuvieron mayor peso, mayor perímetro de cintura, mayor perímetro de cadera y mayor índice de masa corporal. Cuadro 29.

Cuadro 29 Comparación según el estado de ánimo depresivo Características sociodemográficas y clínicas Variables cuantitativas (X ± SD) n = 420			
	Sin estado de ánimo depresivo 257 (61,2%)	Con estado de ánimo depresivo 163 (38,8%)	p
Edad en años	50,1± 6,1	50,3±5,8	0,69*
Años de estudio	5,8±3,4	5,5±4,1	0,14**
Peso en kg	64,7±11,2	70,0±14,0	<0,001**
Número de hijos	2,5±1,9	1,9±1,8	<0,05*
Perímetro abdominal en cm	4,3±2,5	4,8±2,3	0,04*
Perímetro de cadera en cm	91,3 ±13,3	103,3 ±15,4	<0,001*
Índice cintura/cadera	0,9±0,0	0,9 ±0,0	0,03**
Índice Masa Corporal	24,8±4,7	27,0±5,7	<0,001**

(*) estimado con ANOVA. (**) Estimado con Kruskal-Wallis.

Se observó mayor frecuencia significativa de hipotiroidismo, hipertensión arterial y obesidad abdominal entre las mujeres con estado de ánimo depresivo, y a la vez, hubo mayor frecuencia de mujeres consumidoras de café entre las mujeres sin estado de ánimo depresivo. Esas diferencias fueron estadísticamente significativas. También se observaron diferencias significativas en cuanto a estado nutricional y riesgo metabólico. Cuadro 30.

Cuadro 30
Comparación según el estado de ánimo depresivo
Características sociodemográficas y clínicas
Variabales cualitativas
Datos porcentuales
% [IC95%]
n = 420

	Sin estado de ánimo depresivo 257 (61,2%)	Con estado de ánimo depresivo 163 (38,8%)	p (*)
Premenopáusicas	19,4 [15,4-24,2]	10,7 [5,6-17,9]	0,07
Transición a la menopausia	59,4 [53,8-64,7]	61,6 [51,9-70,6]	
Posmenopausia	21,1 [16,9-26,0]	27,6 [19,6-36,9]	
Edad entre 40-44 años	25,9 [21,3-31,1]	18,7 [12,0-27,2]	0,10
Edad entre 45-49 años	21,4 [17,2-26,3]	23,2 [15,7-32,1]	
Edad entre 50-54 años	19,4 [15,4-24,2]	29,4 [21,2-38,8]	
Edad entre 55-59 años	33,1 [28,1-38,5]	28,5 [20,4-37,8]	
Soltera o separada	26,9 [22,3-32,1]	19,6 [12,7-28,2]	0,28
Casada o actualmente unidas	66,2 [60,7-71,2]	74,1 [64,9-81,9]	
Viuda	6,8 [4,5-10,2]	6,2 [2,5-12,4]	
Estudios primarios	53,2 [47,6-58,7]	59,8 [50,1-68,9]	0,41
Estudios secundarios	43,8 [38,4-49,4]	36,6 [27,7-46,2]	
Estudios superiores	2,9 [1,5-5,4]	3,5 [0,9-0,8]	
Estado nutricional normal	47,0 [41,5-52,6]	32,1 [23,6-41,6]	<0,001
En estado nutricional de infra peso	6,4 [4,2-9,8]	4,4 [1,4-10,1]	
En estado nutricional de sobrepeso	37,0 [31,8-42,5]	40,1 [31,0-49,8]	
En estado nutricional de obesidad	9,4 [6,6-13,2]	23,2 [15,7-32,1]	

Continúa...

**Afectación de la salud mental en
afrodescendientes climatéricas del Caribe colombiano**

Continuación			
	Sin estado de ánimo depresivo 257 (61,2%)	Con estado de ánimo depresivo 163 (38,8%)	p (*)
Con riesgo metabólico bajo	21,4 [17,2-26,3]	5,3 [1,99-11,3]	<0,001
Con riesgo metabólico aumentado	19,1 [15,1-23,9]	11,6 [6,3-19,0]	
Con riesgo metabólico muy aumentado	59,4 [53,8-64,7]	83,0 [74,7-89,4]	
Nunca tuvo hábito de fumar	66,2 [60,7-71,2]	67,8 [58,3-76,3]	0,08
Anteriormente fumaba	11,6 [8,5-15,7]	17,8 [11,2-26,2]	
Actualmente fuma	22,0 [17,8-27,0]	14,2 [8,3-22,1]	
Con obesidad abdominal	78,5 [73,6-82,7]	94,6 [88,7-98,0]	<0,001
Consumo diario de café	85,0 [80,6-88,6]	69,6 [60,2-77,9]	<0,001
Con pareja sexual actualmente	70,4 [65,1-75,2]	73,2 [64,0-81,1]	0,58
Antecedente de histerec-tomía abdominal	6,8 [4,5-10,2]	7,1 [3,13-13,5]	0,90
Antecedente de ooforectomía bilateral	1,6 [0,7-3,7]	2,6 [0,5-7,6]	0,48
Diabetes mellitus diagnosticada	8,1 [5,5-11,7]	18,7 [12,0-27,2]	0,002
Con hipertensión arterial	25,0 [20,4-30,1]	46,4 [36,9-56,1]	<0,001
Con hipotiroidismo	=	3,5 [0,9,-8,8]	<0,001

(*) *Calculado con Chi².*

Entre las 420 mujeres afrodescendientes evaluadas, 130 (30,9% presentaron posible trastorno del comportamiento alimentario. Entre las mujeres que no presentaban estado de ánimo depresivo se observó posible trastorno del comportamiento alimentario en el 24,0%, mientras que entre las que tenían estado de ánimo depresivos se observó que el 50,0% presentaban trastorno del comportamiento alimentario.

($p < 0,05$). El Cuadro 31 presenta las respuestas entregadas por las participantes a las cinco preguntas de la *Escala SCOFF* y la comparación según presencia de estado de ánimo depresivo.

Cuadro 31 Evaluación del Posible Trastorno del comportamiento alimentario <i>Escala SCOFF</i> Datos porcentuales % [IC95%]				
	Todas N= 420	Sin estado de ánimo depresivo 257 (61,2%)	Con estado de ánimo depresivo 163 (38,8%)	p
¿Tiene sensación de estar enferma porque siente el estómago lleno, lo que le resulta incómodo?	34,2 [29,9-38,9]	24,6 [20,1-29,7]	60,7 [51,0-69,8]	<0,001
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuánto come?	24,5 [20,6-28,8]	18,5 [14,5-23,2]	41,0 [31,8-50,7]	<0,001
¿Ha perdido recientemente más de seis kg en un período de tres meses?	15,9 [12,7-19,7]	12,0 [8,8-16,1]	26,7 [18,8-35,9]	<0,001
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?	17,1 [13,8-21,0]	12,9 [9,6-17,2]	28,5 [20,4-37,8]	<0,001
¿Diría que la comida domina su vida?	20,4 [16,8-24,5]	15,2 [11,6-19,7]	34,8 [26,0-44,4]	<0,001

Se realizó regresión logística bivariada para estimar la asociación entre cada una de las preguntas de la *Escala SCOFF* y el posible trastorno del comportamiento alimentario con la presencia de estado de ánimo depresivo. Además, se realizó una regresión logística ajustada que incluyó

las cinco preguntas de la *Escala SCOFF* y la valoración total, y se observó que solamente tener sensación de estar enferma porque siente el estómago lleno que le resulta incómodo, conservó la significancia estadística. Este interrogante que hace parte de la exploración del posible trastorno del comportamiento alimenticio se asoció a cuatro veces mayor presencia de estado de ánimo depresivo. Cuadro 32.

Cuadro 32 Asociación entre los ítems de la <i>Escala SCOFF</i> y posible trastorno del comportamiento alimentario con el estado de ánimo depresivo Regresión logística no ajustada y ajustada n = 420				
	No ajustada OR [IC95%]	p	Ajustada OR [IC95%]	p
¿Tiene sensación de estar enferma porque siente el estómago lleno, lo que le resulta incómodo?	4,7 [2,9-7,4]	<0,001	4,3 [2,3-8,1]	<0,001
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuánto come?	3,0 [1,9-4,9]	<0,001	1,1 [0,5-2,6]	0,72
¿Ha perdido recientemente más de seis kg en un período de tres meses?	2,6 [1,5-4,6]	<0,001	1,5 [0,7-3,0]	0,25
¿Cree que está gorda, aunque otros digan que está demasiado delgada?	2,6 [1,5-4,5]	<0,001	1,3 [0,6-2,9]	0,42
¿Diría que la comida domina su vida?	2,9 [1,8-4,8]	<0,001	1,2 [0,5-2,6]	0,61
Posible trastorno del comportamiento alimentario	3,1 [2,0-4,9]	<0,001	0,6 [0,2-1,8]	0,44

Se estimó el coeficiente de correlación de Spearman entre la puntuación total del ítem cuatro (síntoma de estado de ánimo depresivo) de *Menopause Rating Scale* con el resto de las variables cuantitativas del estudio. Se observó que el perímetro de la cintura, el perímetro de la cadera, el índice de masa corporal, el índice cintura/cadera y la puntuación total de la *Escala SCOFF* se correlacionaron con estado de ánimo depresivo. Cuadro 33.

Cuadro 33 Coeficiente de correlación con estado de ánimo depresivo Correlación de Spearman n = 420			
	rho	IC95%	p
Perímetro de la cintura	0,342	0,255 to 0,424	< 0,0001
Perímetro de la cadera	0,346	0,259 to 0,428	< 0,0001
IMC	0,187	0,092 to 0,277	= 0,0001
Índice cintura/cadera	0,101	0,005 to 0,195	= 0,0381
Puntuación total escala SCOFF	0,327	0,239 to 0,410	< 0,0001

Evaluación de la salud mental según el estado menstrual

Entre las 420 mujeres afrodescendientes incluidas en el estudio se encontró que 324 (77,1%) [IC95%:72,8-80,9] aún presentaban episodios menstruales o tenían menos de un año de ausencia menstrual, por consiguiente, estaban en premenopausia o en la transición a la menopausia. Las restantes 96 (22,8%) [IC95%:19,1-27,1] tenían uno o más años de no presentar sangrados menstruales y corresponden a las que estaban en posmenopausia. El Cuadro 34 presenta la frecuencia de ansiedad, estrés y depresión según el estado menstrual que presentaban las mujeres estudiadas. Las diferencias fueron significativas en las tres situaciones, pero las mujeres que no tenían sangrados menstruales pre-

sentaron mayor frecuencia de ansiedad, mientras que las mujeres que todavía menstruaban tuvieron mayor frecuencia de estrés y depresión.

Cuadro 34 Evaluación de manifestaciones relacionadas con la salud mental identificados con <i>Escala DASS-21</i> Comparación según el estado menstrual n (%) n = 420			
	Con sangrados menstruales 324 (77,1%)	Sin sangrados menstruales 96 (22,8%)	p
Ansiedad	258 (79,6)	89 (92,7)	<0,01
Estrés	91 (28,0)	7 (7,2)	<0,001
Depresión	40 (12,3)	5 (5,21)	<0,05

Los ítems de la *Escala de Religiosidad de Francis* se contestan de la siguiente manera: muy de acuerdo, en desacuerdo, no estoy segura, de acuerdo y muy de acuerdo. Las tres primeras se consideraron como percepción negativa o de no estar de acuerdo y las otras dos como una percepción positiva o sí estar de acuerdo con la consideración planteada en el interrogante.

El Cuadro 35 entrega las frecuencias de “sí, estar muy de acuerdo” de cada una de las cinco consideraciones que nos ofrece la *Escala de Francis*, distribuidas según el estado menstrual. Se consideró “sí, estar de acuerdo” o percepción positiva de la religiosidad a las opciones de respuesta “de acuerdo” y “muy de acuerdo” de los ítems de la escala. Se consideró “no, no estar muy de acuerdo” o percepción no positiva, a las opciones de respuesta: “muy en desacuerdo”, “en desacuerdo” y “no estoy segura”. La escala no tiene punto de corte para la puntuación total.

Cuadro 35
Percepción positiva de religiosidad o sí,
estar de acuerdo
Distribución según el estado menstrual
Escala de Religiosidad de Francis
 n (%)t
 n = 420

Sí, estar de acuerdo que	Con sangrados menstruales 324 (77,1%)	Sin sangrados menstruales 96 (22,8%)	p
Yo sé que Cristo me ayuda	193 (59,5)	72 (75,9)	<0,01
Dios me ayuda a llevar una vida mejor	193 (59,5)	71 (73,9)	<0,05
Dios significa mucho para mí	198 (61,1)	72 (75,0)	<0,05
Orar me sirve de mucho	204 (62,9)	74 (77,0)	<0,05
Sé que Jesús está muy cerca de mí	202 (62,3)	71 (73,9)	<0,05

Cada uno de los ítems de la *Escala de Atenas* ofrece cuatro posibilidades de respuesta. Las dos primeras opciones de respuesta [las que tienen puntuaciones menores] asignadas a cada ítems se consideraron a conveniencia en conjunto y por ser las cercanas a la normalidad, se denominaron ausencia de disturbio en cada una de las ocho situaciones relacionadas con el sueño. Las otras dos opciones de respuesta [las que tienen puntuaciones mayores] también se consideraron a conveniencia en conjunto y por ser alejadas a la normalidad, se denominan presencia de disturbio para cada una de las situaciones relacionadas con el sueño. El Cuadro 36 presenta la frecuencia de disturbios del sueño de acuerdo a el estado menstrual de las participantes. Mientras los problemas de inducción del sueño fueron más frecuentes entre las mujeres que ya no menstruaban, las que aún menstruaban presentaron sensación de bienestar, funcionamiento físico/mental durante el día y somnolencia diurna más frecuentemente que las que estaban en posmenopausia, esas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Cuadro 36
Frecuencia de disturbios del sueño
Distribución según el estado menstrual
Evaluación con la Escala de Insomnio de Atenas
n (%)
n = 420

Disturbios del sueño	Con sangrados menstruales 324 (77,1%)	Sin sangrados menstruales 96 (22,8%)	p
Inducción del dormir marcadamente retrasado, muy retrasado o no durmió nada en absoluto	265 (81,7)	88 (91,6)	<0,01
Despertar durante la noche como un problema considerable, serio o no durmió nada en absoluto	139 (42,9)	20 (20,8)	<0,01
Despertar final más temprano de lo deseado, marcadamente más temprano, mucho más temprano o no durmió nada en absoluto	265 (81,7)	42 (43,7)	<0,01
Duración total del dormir, marcadamente insuficiente, muy insuficiente o no durmió en absoluto	313 (96,6)	93 (96,8)	0,89
Calidad general del dormir, marcadamente insatisfactoria, muy insatisfactoria o no durmió en absoluto	191(58,9)	50 (52,0)	0,23
Sensación de bienestar durante el día, marcadamente disminuida o muy disminuida	299 (92,2)	68 (70,8)	<0,01
Funcionamiento físico y mental durante el día, marcadamente disminuido o muy disminuido	184 (56,7)	22 (22,9)	<0,01
Somnolencia durante el día, considerable o intensa	288 (88,9)	78 (81,2)	<0,05

Los ocho ítems de la *Escala de Somnolencia diurna excesiva de Epworth* evalúan ocho situaciones de la vida diaria y la posibilidad de quedarse dormida. Se contestan con cuatro opciones de respuesta según la posibilidad que sucedan; nunca tengo sueño, ligera probabilidad de tener sueño, moderada probabilidad de tener sueño o alta probabilidad de tener sueño. Para el presente estudio se consideraron las opciones como dicotómicas y para ello, las dos primeras opciones de respuestas se consideraron en conjunto como ausencia o ligera probabilidad de experimentar sueño en las situaciones exploradas (cercanas a lo normal) y las dos últimas también en conjunto como moderada o alta probabilidad de presentar sueño en esas condiciones (disturbios del sueño). El Cuadro 37 presenta la frecuencia con la cual las participantes informaron disturbios del sueño distribuidos según el estado menstrual. Tres de las ocho situaciones evaluadas fueron significativamente más frecuentes entre las mujeres que aún presentaban sangrados menstruales (premenopáusicas) con respecto a las posmenopáusicas.

Cuadro 37 Frecuencia de moderada a alta probabilidad de presentar disturbios sueño Distribución según el estado menstrual Evaluación con la <i>Escala de Somnolencia</i> <i>diurna excesiva de Epworth</i> n (%) n = 420			
Disturbios del sueño con moderada a alta probabilidad	Con sangrados menstruales 324 (77,1%)	Sin sangrados menstruales 96 (22,8%)	p
Se queda dormida sentada y leyendo	181 (44,8)	49 (51,0)	0,40
Se queda dormida viendo la TV	252 (77,7)	74 (77,0)	0,88
Continúa...			

Continuación			
Disturbios del sueño con moderada a alta probabilidad	Con sangrados menstruales 324 (77,1%)	Sin sangrados menstruales 96 (22,8%)	p
Se queda dormida sentada e inactiva en un lugar público	294 (90,7)	90 (93,7)	0,35
Se queda dormida sentada y hablando con otra persona	281 (86,7)	65 (67,1)	<0,01
Se queda dormida sentada tranquilamente después de una comida sin alcohol	281 (86,7)	81 (84,3)	0,55
Se queda dormida en un carro detenido por unos minutos en el tránsito	295 (91,0)	76 (79,1)	<0,01

Las respuestas de la *Escala SCOFF* son dicotómicas, para indicar SÍ o NO. El Cuadro 38 presenta la frecuencia de las respuestas positivas a la evaluación de cinco percepciones que tienen que ver con el comportamiento alimentario. Dos o más respuestas positivas de la escala permiten acercamiento a una posible existencia de posible trastorno del comportamiento alimentario. Se observa que la posibilidad de trastorno del comportamiento alimentario fue significativamente superior entre las mujeres que ya no presentaban sangrados menstruales, o sea entre las posmenopáusicas con relación a las que aún tenían sangrados menstruales, 42,7% vs 27,4% respectivamente. Hallazgos similares se observan en cuanto a estar preocupada por controlar lo que come, haber perdido mas de 6 kilogramos de peso y creer estar gorda, aunque otros digan que está demasiado delgada.

Cuadro 38 Frecuencia de la respuesta positiva a percepción del comportamiento alimentario y posible trastorno del comportamiento alimentario Distribución según el estado menstrual <i>Evaluación con la Escala SCOFF</i> n (%) n = 420			
Comportamiento alimentario	Con sangrados menstruales 324 (77,1%)	Sin sangrados menstruales 96 (22,8%)	p
Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estómago lleno, lo que le resulta incómodo	107 (33,0)	37(38,5)	0,31
Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come	66 (20,3)	37 (33,5)	<0,01
Ha perdido recientemente más de 6 kilogramos de peso en un período de tres meses	44 (13,5)	23 (23,9)	<0,05
Cree que está gorda, aunque otros digan que está demasiada delgada	46 (14,2)	26 (27,0)	<0,01
Dice que la comida domina su vida	62 (19,3)	24 (25,0)	0,21
Posible trastorno del comportamiento alimentario	89 (27,4)	41 (42,7)	<0,001

En el Cuadro 39 se presentan las puntuaciones obtenidas con cada una de las escalas utilizadas para valorar salud mental [depresión, ansiedad, estrés, insomnio, somnolencia diurna excesiva, trastorno alimentario y religiosidad] y se observan diferencias significativas al comparar según estados menstruales. Las mujeres que aún menstruaban tuvieron peor puntuación en depresión, estrés e insomnio, mientras que las que no menstruaban tuvieron peor puntuación en ansiedad y en trastorno del comportamiento alimentario. La mujeres posmenopáusicas tuvieron mejor puntuación en religiosidad. No se observó diferencia significativa en la somnolencia diurna excesiva al comparar mujeres que aún menstruaban con las que no menstruaban.

Cuadro 39 Evaluación de depresión, ansiedad, estrés, insomnio, somnolencia diurna excesiva, trastorno alimentario y religiosidad Distribución según el estado menstrual Puntuación promedio y desviación estándar n = 420			
Escalas utilizadas en el estudio	Con sangrados menstruales 324 (77,1%)	Sin sangrados menstruales 96 (22,8%)	p*
Depresión [Escala DASS-21]	5,9 ± 2,6	5,0 ± 2,0	<0,01
Ansiedad [Escala DASS-21]	8,7 ± 1,6	10,3 ± 1,9	<0,01
Estrés [Escala DASS-21]	11,9 ± 3,4	10,9 ± 2,8	<0,05
Insomnio [Escala de Atenas]	13,5 ± 3,1	10,3 ± 3,1	<0,01
Somnolencia diurna excesiva [Escala de Epworth]	12,3 ± 3,4	11,7 ± 3,4	0,13
Trastorno del comportamiento alimentario [Escala de SCOFF]	1,00 ± 1,4	1,5 ± 1,7	<0,05
Religiosidad [Escala de Francis]	17,9 ± 2,4	18,5 ± 6,7	<0,05

(*) Establecidos con Anova o con Kruskal-Wallis Test).

Se espera con este capítulo cargado de datos descriptivos y analíticos derivados de las respuestas entregadas por las 420 mujeres afrodescendientes en etapa de climaterio y residentes en el Caribe colombiano, cumplir con la intencionalidad central y principal de este libro. Está entre las expectativas que el alto volumen de información obtenida permita al lector tener una mirada global o panorámica de varias aristas en relación con la salud biológica, psicológica y socioambiental de las mujeres menopaúsicas afrodescendientes estudiadas, y ser un referente -aunque con limitaciones metodológicas, como es obvio-, de la menopausia en la etnia afrodescendiente. La gran cantidad de datos cuantitativos va a permitir al Grupo de Investigación Salud de la Mujer percibir y anali-

zar desde diferentes ángulos, la realidad sintomatológica menopáusica de tipo psicológico, así como la afectación en la salud mental entre el grupo de las mujeres participantes, con las cuales realizar sugerencias y contribuir con las políticas de atención a las mujeres menopáusicas.

El análisis completo de toda la información, por la inmensa oportunidad de cruce de variables que tratan situaciones clínicas, sociales y de estilo de vida, es imposible consignarlo en el marco de las páginas de este libro. Varios datos obtenidos con el presente proyecto se utilizarán como insumos básicos para la formación productiva de los estudiantes e integrantes del semillero de investigación, para la elaboración de nuevos enfoques o reanálisis y para la escritura de varios documentos científicos y para la elaboración de materiales de información comunitaria. Sin embargo, en el capítulo siguiente se entregan las lecturas principales acordes con los objetivos del proyecto y las interpretaciones iniciales a muchos de los datos obtenidos, sobre todo los que están especialmente en relación con la afectación de la salud mental.





Ilustración creada con IA de Adobe Firefly

CAPÍTULO VI

COMENTARIOS GENERALES A LOS PRINCIPALES DATOS DERIVADOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS SEGÚN ESTADOS MENOPÁUSICOS, EN AFRODESCENDIENTES DEL CARIBE COLOMBIANO”

Tal como se ha señalado, los resultados del estudio ofrecen una extensa data que permite explorar diferentes tópicos que se enmarcan en el concepto de la salud mental y permiten mirar la problemática ya sea globalmente o bajo situaciones puntuales y específicas. En estudios previos hemos señalado que la sintomatología menopaúsica suele ser diferente según características étnicas y los datos encontrados permiten ratificar hallazgos previos en mujeres afrodescendientes y podemos sólidamente entregar información relevante para que el personal

sanitario o clínico aplique cuando una mujer afrodescendiente en etapa vital de climaterio acuda a la consulta médica.

Uno de los tópicos de la salud mental que suele pasar desapercibido o ser considerado menor, ignorados o tratados como algo normal en las actividades cotidianas de las mujer, es la percepción del cansancio físico mental. El estudio ha puntualizado la magnitud del cansancio físico mental, que a la vez es uno de los síntomas de la menopausia, hace parte de los síntomas psicológicos de la menopausia e incorpora la presencia de bajo rendimiento generalizado, problemas de concentración y afectación de la memoria. Todo ello conlleva al deterioro de la calidad de vida (1).

La frecuencia del cansancio físico mental suele ser notoriamente diferente entre grupos poblacionales. Factores geográficos, étnicos, nutricionales, genéticos, sociales, personales y los relacionados con morbilidades metabólicas, endocrinas o degenerativas explican las diferencias. Contrario a lo que usualmente sucede, en la consulta médica a las mujeres climatéricas, a las posmenopáusicas y a las adultas mayores, se les debe explorar la presencia y severidad del cansancio físico mental. Ente mujeres afrodescendientes colombianas se ha informado frecuencia de cansancio físico mental que oscila entre 41,6% y 64,7%. Por lo tanto, prácticamente la mitad de las mujeres colombianas en etapa vital de climaterio posiblemente puedan referir que experimentan cansancio físico mental, si son adecuadamente interrogadas o evaluadas.

La escala *Menopause Rating Scale* es una herramienta adecuada para identificar las alteraciones psicológicas de la menopausia incluyendo el cansancio físico mental. Esta herramienta de once preguntas es de fácil aplicación y de fácil interpretación, y entrega frecuencia y severidad de las manifestaciones menopaúsicas. Para ilustrar las diferencias en la frecuencia del cansancio físico mental en diferentes poblaciones y visibilizar la importancia, el Cuadro 1 entrega las cifras señaladas por diferentes autores. En todos los estudios que se reseñan, se utilizó *Menopause Rating Scale* para explorar cansancio físico mental.

Cuadro 1 Frecuencia de cansancio físico mental como síntoma de la menopausia identificado con <i>Menopause Rating Scale</i>						
Año	Autores	País	Etnia	N	Frecuencia	Referencia
2008	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	Afrodescendientes	201	64,7%	2
2009	Olaolorun F, et al.	Nigeria	Afrodescendientes	1189	43,0%	3
2010	Chedraui P, et al.	Ecuador	Afrodescendientes	404	71,3%	4
2010	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	Afrodescendientes, indígenas, mestizas	1215	58,9%	5
2012	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	Indígenas	693	73,9%	6
2016	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	Mestizas	500	85,1%	7
2017	Yisma E, et al.	Etiopía	Africana	226	35,0%	8
2020	Thapa R, et al	Camboya	Afrodescendientes	200	88,1%	9
2024	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	Afrodescendientes	420	41,6%	Actual

El cansancio físico mental es importante no solo como síntoma, es de interés por las implicaciones que tiene en la salud en general. Varios autores han identificado una asociación con enfermedades cardiovasculares y metabólicas como la diabetes mellitus, la obesidad, la obesidad abdominal y la hipertensión arterial (10). Esa asociación suele explicarse

especialmente por la leptina y la adiponectina, proteínas que se liberan en el tejido graso, que están implicadas en el metabolismo lipídico y en el gasto energético (11,12). Se debe tener presente que en la etapa vital de climaterio se suceden cambios en la distribución de la grasa corporal con aumento en el tejido adiposo visceral, lo cual desencadena fluctuaciones y pérdida en el equilibrio de la leptina y la adiponectina (12,13,14). El incremento y persistencia de los niveles séricos de leptina y la concomitante disminución de la adiponectina se han asociado con obesidad abdominal, reducción del gasto energético, incremento en el riesgo de hipertensión arterial crónica, resistencia a la insulina y el deterioro cognitivo (14,15,16,17). La acumulación anormal de grasa visceral lleva a un estado inflamatorio crónico, lo cual se relaciona con cambios morfológicos y fisiológicos en la sustancia blanca que alteran la memoria y el aprendizaje (18,19). Además, bajo condiciones de acumulo patológico de grasa se incrementa el deterioro mitocondrial en las células cerebrales, sobre todo hipotalámicas, con afectación en la producción energética y establecimiento de síntomas menopáusicos, siendo el cansancio físico mental una queja frecuente (20,21,22). Por otro lado, se debe señalar que la adiponectina regula varios procesos metabólicos, lo que le permite poseer propiedades antidiabéticas, antiaterogénicas y antiinflamatorias (23).

En el presente estudio, prácticamente en la mitad de las mujeres afrodescendientes de mediana edad que fueron estudiadas, se encontró cansancio físico mental. Varios autores (23,24,25) han señalado que es un grupo étnico donde suele ser elevada la frecuencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, sobrepeso, hiperinsulinismo, resistencia a la insulina y síndrome metabólico, lo que lo coloca en situación de alta presencia de morbilidades que se asocian a deterioro orgánico y psicológico con mayor posibilidad de mortalidad a temprana edad. La circunferencia de cintura y el índice cintura cadera se relacionan con cansancio físico/mental, bajo rendimiento de la función cognitiva global y con atrofia de la sustancia gris y blanca en el sistema nervioso central (26). En el presente estudio encontramos que la presencia de riesgo metabólico elevado, diabetes mellitus e hipertensión arterial

se asociaron significativamente con dos veces mayor presencia de cansancio físico mental. El envejecimiento, la transición a la menopausia vs premenopausia, la obesidad abdominal y la obesidad en general con respecto al estado nutricional normal, también se asociaron con mayor presencia de cansancio físico mental, pero la significancia no fue estadísticamente significativa. Al tiempo identificamos una correlación positiva y débil entre el perímetro de cintura y el perímetro de la cadera con el cansancio físico mental.

Entre los componentes de la salud mental, la ansiedad o el estado de ansiedad es tal vez el más ampliamente evaluado como síntoma de la menopausia. Se define como el estado mental que se instala ante la posibilidad de recibir una afrenta o daño futuro de cualquier especie, sea biológica, psicológica o social. La ansiedad se caracteriza por ser un sentimiento o una emoción desagradable de preocupación y tensión. Ante determinadas situaciones de la vida diaria se considera manifestación normal y es respuesta al estrés. Sin embargo, se puede derivar en una situación patológica cuando: la intensidad de la amenaza es excesiva, cuando la duración de la amenaza es prolongada, cuando la amenaza es recurrente y cuando no existe amenaza alguna o no existen razones para interpretar una condición como situación amenazante (27,28). Los estados de ansiedad pueden generar dificultad o impedimento para interpretar la realidad o para analizarla y ocasionan severa disfuncionalidad en el comportamiento de la persona (27,29).

Se ha descrito un incremento en la frecuencia de los síntomas de ansiedad en el climaterio, lo cual está explicado por los cambios hormonales (27). La disminución de la función ovárica ocasiona descenso en los niveles estrogénicos, los cuales a su vez favorecen una reducida biodisponibilidad de neurotransmisores como la adrenalina y la acetilcolina, entre otros; así como los aminoácidos aspartato y glutamato. Los diversos cambios neuroendocrinos guardan relación con la sintomatología vasomotora, somatovegetativa y con las modificaciones en el sistema límbico, que son los responsables en gran medida de la elevación en la frecuencia de los síntomas psicológicos de la menopausia: ansiedad, estado de ánimo depresivo irritabilidad y nerviosismo (27,30,31,32,33).

La frecuencia de los síntomas de ansiedad en la menopausia varía de acuerdo con la etnia. Razones geográficas, culturales e influencias sociales, familiares y personales han sido señaladas. Incluso hay modificaciones según las herramientas de medición utilizadas. A manera de ejemplo se presentan datos de frecuencia de la ansiedad en la menopausia en el Cuadro 2.

Cuadro 2 Frecuencia de síntomas de ansiedad en la menopausia identificado con diferentes herramientas de medición						
Año	Autores	País	Escala	N	Frecuencia	Referencia
2024	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	MRS	420	42,8%	Actual
2020	Thapa R, et al	Camboya	MRS	200	80,2%	9
2020	Ali AM, et al	Emiratos Árabes	MEN-QOL	70	58,3%	32
2017	Yisma E, et al.	Etiopía	MRS	226	39,8%	8
2016	Bener A, et al	Qatar	DASS-21	1102	14,1%	34
2016	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	MRS	500	80,2%	7
2012	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	MRS	693	34,0%	6
2011	Freeman, et al	Estados Unidos	GAD-7	205	21,0%	35
2010	Chedraui P, et al.	Ecuador	MRS	404	51,1%	4
2009	Olaolorun F, et al.	Nigeria	MRS	1189	35,7%	3

En el presente estudios identificamos que el principal factor asociado con los síntomas de ansiedad fue la sequedad vaginal. Esta sensación de tener resequead en los genitales es uno de los componentes sinto-

matológicos del síndrome genitourinario de la menopausia (36). Coherente con nuestros hallazgos es la notificación del estudio SWAM (37) al señalar que la ansiedad en la menopausia se asoció positivamente con la sequedad vaginal, independientemente del estado de actividad sexual. Los cambios endocrinológicos de la menopausia, que por medio de la afectación de los neurotransmisores cerebrales explica los cambios emocionales, también afectan la salud vaginal. Mientras los estrógenos conservan la capacidad de respuesta vaginal, los andrógenos modulan esa respuesta. Ambos, estrógenos y andrógenos, contribuyen con la adecuada presencia de elastina, colágeno y ácido hialurónico, con el grosor del epitelio vaginal, con la cantidad de vasos sanguíneos, con la turgencia del tejido conectivo y con el tono muscular del tejido eréctil, los cuales están involucrados en los mecanismos de la lubricación vaginal (38,39,40). Niveles de estrógeno inferiores a 50 pg/ml se relacionan con una mayor presencia de sequedad vaginal (38).

En el estudio también identificamos que otras dos manifestaciones psicológicas de la menopausia, como la irritabilidad y cansancio físico mental, se relacionaron con ansiedad. Ello va en línea con un estudio de Adimi Naghan, et al. (41), quienes en 174 mujeres posmenopáusicas informaron asociación entre ansiedad e irritabilidad. Esas asociaciones pueden explicarse por medio del concepto del neuroticismo, que es definido como la imposibilidad para controlar impulsos y afrontar eficazmente el estrés (42). Las mujeres que experimentan neuroticismo suelen tener percepción negativa de los síntomas de la menopausia y pueden desarrollar más síntomas psicológicos en el periodo climatérico, principalmente ansiedad e irritabilidad (43,44,45,46). La asociación entre ansiedad e irritabilidad es importante, debido a que se ha descrito que está relacionada con una visión negativa de la menopausia. Reducir la presencia y severidad de ambos síntomas pudiese conllevar una reducción en el porcentaje de mujeres que tienen una visión negativa de lo que representan en la realidad la menopausia y el climaterio (47).

Tal como se ha señalado repetidamente, la disminución de los estrógenos juega un papel importante en los síntomas psicológicos de la menopausia. El descenso hormonal tiene efectos neuropsiquiátricos adversos,

en los cuales está involucrada la serotonina y su capacidad de suprimir la actividad de la monoamino oxidasa y la catecol-O-metiltransferasa. Por tal razón, la administración de estrógenos, siempre y cuando estén indicados y los beneficios superen los riesgos, va a contribuir con mejoría de los síntomas psicológicos de la menopausia (48,49,50,51).

Factores genéticos que pueden predisponer a los síntomas psicológicos de la menopausia han sido señalados. Loja et al., (52) en mujeres posmenopáusicas indicaron que portar un genotipo GG del polimorfismo rs743572 del gen CYP17-A1 mostró puntuación significativamente más alta de irritabilidad y de ansiedad en la menopausia evaluadas con *Menopause Rating Scale*. Sostienen que la variante genética GG se relaciona con una menor producción de estradiol a partir de precursores de andrógenos o con disfunción del receptor estrogénico, por tanto, con la mayor intensidad de los síntomas menopáusicos entre ellos los cambios en el estado de ánimo, ansiedad e irritabilidad. El gen CYP17-A1 tiene papel fundamental en las vías esteroidogénicas de precursores de andrógenos para la producción de estrógenos en el ovario (53).

El presente estudio en mujeres afrodescendientes colombianas también permitió identificar que la presencia de cansancio físico mental se asoció siete veces con una mayor presencia de ansiedad. El cansancio físico mental, que suele ser también denominado escaso o bajo rendimiento, problemas de concentración y memoria, usualmente en el imaginario colectivo de las mujeres de la región Caribe colombiana, lo refieren como fatiga. Son pocos los estudios en mujeres latinoamericanas que exploran deliberada o específicamente el cansancio físico mental, mirado propiamente como un síntoma de la menopausia, a pesar de sus implicaciones dentro del bienestar psicológico (32). El cansancio físico mental también se entrecruza con la expresión de estar falto de energías, la cual ha sido observada hasta en la sexta parte de las mujeres en climaterio (32,54). Es clara la relación entre la fatiga y el estrés, explicadas por diversas alteraciones sistémicas y de la homeostasis orgánica, especialmente la pérdida de regulación del eje hipotálamico-pituitario-adrenal y activación persistente del sistema nervioso simpático (55,56).

Un cuarto factor que identificamos asociado con ansiedad fue el antecedente de haber sido diagnosticada de diabetes mellitus, una alteración metabólica y endocrinológica que se caracteriza por alteraciones en el nivel de la glicemia, la cual se eleva de forma crónica y se produce deficiencia en la secreción y/o producción de insulina. El estradiol se encuentra implicado en la resistencia a la insulina y en el síndrome metabólico que pueden presentar algunas mujeres en la posmenopausia.

En el grupo de mujeres afrodescendientes estudiadas, presentar diabetes mellitus tipo II fue factor asociado a dos veces la presencia de síntomas de la ansiedad (57). Ello también es coherente con el señalamiento de otros autores. Se ha indicado que la diabetes es un factor de riesgo para alteraciones en la salud mental (57). Smith et al. (58), realizaron una revisión sistemática y metaanálisis en el cual hallaron asociación positiva débil entre la diabetes y los trastornos de ansiedad. Es posiblemente que la diabetes conlleve al desarrollo de síntomas de ansiedad por las preocupaciones inherentes al diagnóstico, la terapéutica y la cronicidad de la enfermedad. Monterrosa et al., (57) publicaron un estudio en 6079 mujeres de once países de América Latina entre 40-59 años, de las cuales 410 (6.7%) eran diabéticas e informaron haber encontrado que la diabetes mellitus ofrecía una mayor probabilidad de informar ansiedad menopáusica con *Menopause Rating Scale*, OR 1,31 [IC95%:1,06-1,61]. No obstante, otros estudios no lo han encontrado en otras comunidades étnicas. En 640 mujeres climatéricas orientales, la mitad con diabetes y la otra mitad sin diabetes, no encontraron asociación significativa entre diabetes y ansiedad, sin embargo, las mujeres diabéticas informaron más síntomas de ansiedad que las mujeres que no tenían diabetes (59).

La disfunción mitocondrial, la alta producción de radicales libres y mediadores inflamatorios que se han señalado en la hiperglicemia crónica, también se anotan cuando existen trastornos del estado de ánimo y los síntomas de ansiedad (60). Wada, et al., (51) mostraron que administrar estrógenos mejora la sensibilidad a la insulina, lo cual permitiría inferir que la suplementación estrogénica jugaría al-

gún papel en el abordaje de los síntomas psicológicos de la menopausia y la diabetes mellitus. Otros autores (61) han señalado beneficios de la genisteína, una isoflavona derivada de la soja, sobre la diabetes y la ansiedad menopáusica. La genisteína ha mostrado efectos ansiolíticos disminuyendo el estrés oxidativo, la muerte celular y la actividad de neurotransmisores involucrados en los síntomas de ansiedad. También ha demostrado que reduce la concentración de glucosa plasmática.

En el presente estudio se encontró que el estado de ánimo depresivo se asoció cinco veces con síntomas de ansiedad, con igual probabilidad los problemas sexuales y casi tres veces los problemas de sueño. Sin embargo, en un modelo de regresión logística ajustado, donde se incluyeron variables sociodemográficas y todos los síntomas de la menopausia que fueron significativos en la regresión no ajustada, estas tres manifestaciones perdieron la significancia, pero no se reduce la importancia. Especialmente porque el estado de ánimo depresivo y la ansiedad pueden coexistir frecuentemente. Kravitz et al., (62) reportaron al evaluar 425 mujeres de mediana edad, de las cuales 147 eran afroamericanas, que las puntuaciones más altas de los síntomas de ansiedad se asociaron con una mayor probabilidad de desarrollar un episodio de trastorno depresivo mayor durante el año siguiente OR:1,47 [IC95%: 1,10-1,98]. Las oleadas de calor, los síntomas vasomotores, los eventos estresantes, el bajo nivel educativo, el índice de masa corporal elevado y otros eventos, pueden conllevar el desarrollo de ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Entre las 420 mujeres que hemos estudiado en el presente proyecto, el 36,0% informaron tener problemas de sueño al explorarlas con *Menopause Rating Scale*. Datos superiores reportan en mujeres climatéricas de África y Asia: 49,6% entre africanas de Etiopía (33), 52,2% en mujeres de Malasia (63) y 61,2% en mujeres de la India (64). La asociación entre síntomas de ansiedad y problemas de sueño (dificultad para la conciliación del sueño, aumento importante del despertar durante la noche y despertar temprano en la mañana con más severa afectación), han sido señalados por Woods y Mitchell con datos de la cohorte del

Seattle Midlife Women's Health Study (65). Tang et al., (66) estimaron en 430 mujeres climatéricas de Beijing, que la dificultad para conciliar el sueño y el despertar más temprano de lo deseado, ofrecían tres veces más riesgo de experimentar síntomas de ansiedad. En otra evaluación (67) también se observó asociación entre los síntomas de la ansiedad y situaciones en referencia al sueño: la dificultad para iniciar el sueño OR: 2,35 [IC 95%: 1,28-4,29], fragmentación del sueño OR: 2,48 [IC95%: 1,36-4,50] y despertares matutinos OR:4,16 [IC95%:1,85-9,37]. También está notificada la asociación entre insomnio y la ansiedad (41). Existe controversia si los síntomas de ansiedad empeoran la calidad del sueño y el bienestar con el dormir (67).

Con *Menopause Rating Scale* se encontró que solamente el 6,6% de las mujeres afrodescendientes incluidas en el presente estudio informaron problemas sexuales, cambios en el deseo sexual, en la actividad o en la satisfacción sexual. Esta cifra es inferior a la señalada en otras comunidades étnicas. El estudio *SWAM* ha señalado que entre las mujeres afroamericanas, residentes en Estados Unidos de Norteamérica, los problemas sexuales son señalados con menor frecuencia que lo encontrado entre mujeres blancas (68). Ali, et al. (32) indicaron que los síntomas de ansiedad de la menopausia y los problemas sexuales se correlacionaron positiva y significativamente en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas nativas de Emiratos Árabes. Los síntomas de ansiedad de la menopausia son uno de los principales factores de riesgo para trastornos sexuales (69). La disminución de las hormonas gonadotrópicas, actuando en conjunto con variables psicológicas, interactúan para deteriorar la función sexual. Por el contrario, niveles altos del sulfato de dehidroepiandrosterona y del estradiol, así como puntuaciones bajas de ansiedad, se asocian significativamente con mejor función sexual (38).

Se observó una asociación significativa no ajustada de los síntomas de ansiedad con la obesidad, los dolores músculos articulares, molestias cardíacas y oleadas de calor. Las mujeres en etapa vital de climaterio con respecto a las mujeres en etapa reproductiva presentan cambios en la composición corporal y en el gasto energético, favorecedoras de

incremento en el peso corporal, sobrepeso y obesidad. Ello, explicado al menos en parte, con el hecho que en el envejecimiento o con el incremento en la edad se presenta resistencia a la leptina, una hormona que participa en la regulación del apetito, en la ingesta de alimentos, en el metabolismo y en el depósito de grasa corporal. Es prudente anotar que en el envejecimiento se sucede mayor estrés oxidativo e inflamación crónica con acumulación de ácidos grasos saturados de ceramida y diacilglicerol, incrementando la grasa corporal y del tejido adiposo, lo que hace parte de obesidad (70). Varios autores (71,72) han anotado que la leptina, así como la adiponectina, pueden ingresar al sistema nervioso central y participar en los mecanismos que regulan el estado de ánimo y la salud mental, por consiguiente, es de esperar que en el envejecimiento se presente en conjunto con el incremento de la masa corporal, mayor deterioro de la salud mental, mayor presencia de síntomas de ansiedad y más frecuencia de estados depresivos (73). La asociación entre ansiedad y obesidad se puede explicar por el aumento en los factores inflamatorios y por la resistencia a la insulina (74).

En la población de estudio se observó que los dolores musculares o de las articulaciones, dolores reumatoides o articulares se asociaron 6,5 veces con síntomas de ansiedad. Resultados similares fueron encontrados por Mitchell et al., (64) al observar que en mujeres posmenopáusicas tempranas el dolor de espalda se asociaba con significancia estadística con ansiedad. Datos similares reportan otros autores (75). Las molestias cardiacas, las palpitaciones, taquicardias, latidos u opresión torácica, en el nivel de síntomas o manifestaciones subjetivas, también se asociaron con ansiedad entre las mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano que hemos estudiado. La ansiedad se ha relacionado con alteración de la función autónoma cardiaca, incremento de la actividad simpática y disminución de la parasimpática, incremento en las cifras tensionales y de la frecuencia cardiaca (76). La posmenopausia es un periodo en el cual se puede presentar acumulación de los factores de riesgo cardiovascular, lo cual amerita acciones preventivas e intervenciones terapéuticas oportunas para prevenir morbilidades mayores y mortalidad a temprana edad.

También observamos asociación entre la ansiedad con las oleadas de calor, los sofocos, las sudoraciones o los bochornos, OR: 1,89 [IC95%:1,12-3,19]. Ello es coherente con declaraciones que sugieren una mayor presencia de todos los síntomas psicológicos de la menopausia en relación con las oleadas de calor, que es el síntoma menopáusico que suelen referir con mayor frecuencia las mujeres en etapa vital de climaterio. Las oleadas de calor se explican por el adelgazamiento de la zona termoneutral en respuesta a los cambios que se suceden con la Hormona Folículo Estimulante y los Estrógenos (77). También son de gran importancia los factores psicosociales como la ansiedad, los raciales o étnicos y los estilos de vida (78). Es difícil establecer en la relación existente entre ansiedad y oleadas de calor, así como establecer cuál es el elemento causante. No obstante, en el estudio *Penn Ovarian Aging Study* (79) informan que primero se presentaron los síntomas de ansiedad y luego los sofocos. Las mujeres con alto nivel de ansiedad somática, lo que involucra el enrojecimiento facial y palpitaciones, tienen tres veces más riesgo de experimentar oleadas de calor. A la vez, otros autores (80) anotan que las mujeres que presentan ansiedad moderada tienen tres veces más probabilidades de reportar oleadas de calor, mientras que las que tienen ansiedad alta tienen casi cinco veces la posibilidad de oleadas de calor. La administración de inhibidores de la recaptación de la serotonina, suelen mejorar los síntomas de ansiedad y al tiempo las oleadas de calor (35).

Otros síntomas psicológicos de la menopausia son la irritabilidad, el nerviosismo y la agresividad. Ellos están también relacionados con el hipuestrogenismo y los cambios en la biodisponibilidad de los neurotransmisores (81). Se caracterizan por bajo control del temperamento, tensión psicológica y física, mayor sensibilidad ante estímulos externos y conductas impulsivas. Un mayor grado de irritabilidad se ha identificado en las mujeres que están en la transición a la menopausia que en las que se encuentran en premenopausia o en posmenopausia (82). En el presente grupo de mujeres afrodescendientes del Caribe colombiano el 9,0% reportó haber presentado episodios de irritabilidad severos o muy severos. El Cuadro 3 presenta las frecuencias de irritabilidad como síntoma menopáusico en diferentes grupos étnicos.

Cuadro 3 Frecuencia de síntomas de irritabilidad en la menopausia identificados con <i>Menopause Rating Scale</i>						
Año	Autores	País	Etnia	n	Fre- cuencia	Refe- rencia
2024	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	Afrodes- cendientes	420	35,0%	Actual
2019	Jaff NG, et al	África	Afrodes- cendientes	702	20,0%	83
2012	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	Indígenas	693	42,5%	5
2011	Rahman S, et al	Bangla- desh	Asiáticas	509	36,0%	84
2010	Rahman S, et al	Malasia	Asiáticas	356	37,9%	63
2010	Monterrosa-Castro A, Et al	Colombia	Mestizas	1215	58,8%	6
2007	Chedraui P, et al.	Ecuador	Afrodes- cendientes	300	19,5%	86

En ocasiones la irritabilidad coexiste con la depresión, reduce la calidad de vida y agrava la severidad de los síntomas depresivos (82). Se ha insinuado la existencia de un efecto dominó entre los síntomas menopaúsicos: las oleadas de calor y demás manifestaciones vasomotoras inducen trastornos del sueño, los cuales generarían cambios en el estado de ánimo y la subsiguiente condición de irritabilidad, tristeza, cansancio físico mental y ansiedad (87). Además del ambiente hormonal interno, son factores disparadores de irritabilidad: la poca tolerancia a la frustración, las experiencias con el manejo de la ansiedad cotidiana, la capacidad de afrontamiento ante el estrés y condicionantes genéticos personales o familiares de afectaciones en la salud mental. Deben sumarse a lo anterior, los factores ambientales externos expresados específicamente por los socioeconómicos (88).

Las mujeres en etapa de climaterio que experimentan irritabilidad deben ser adecuadamente informadas sobre las razones de la sintomato-

logía. Una de las maneras iniciales para reducir la irritabilidad son los cambios en los estilos de vida. Es menester incluir en la rutina diaria estrategias de afrontamiento para reducir el estrés como el yoga, adoptar dieta rica en alimentos estrogénicos, por ejemplo: soja, manzanas, cerezas, arroz y formalizar un plan regular de ejercicio físico. se recomienda acudir a apoyo psicológico para liberar las emociones, así como manejar pensamientos o ideas constantes y no resueltas (89,90). La terapia hormonal para la menopausia se utiliza en los casos en que existe indicación según los protocolos internacionales y valorando el equilibrio riesgo/beneficio.

El cuarto síntoma psicológico e importante causal de la afectación de la salud mental de las mujeres en climaterio es el estado de ánimo depresivo; sentirse decaída, triste, a punto de llorar, con falta de ganas y cambios de humor. La *Menopause Rating Scale* lo identifica y jerarquiza como síntoma de la menopausia. Esto es una apreciación muy diferente a la depresión como entidad nosológica psiquiátrica que suele ser una enfermedad crónica, persistente, con brotes y con severas implicaciones, en algunas ocasiones, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un trastorno que se manifiesta en tristeza persistente y pérdida del interés en las actividades que normalmente se disfrutan, durante un período de tiempo de al menos dos semanas (91).

Es un reto para los profesionales de la salud que atienden mujeres en climaterio diferenciar en el diálogo clínico entre los trastornos de ánimo depresivo y la depresión. Usualmente son mujeres que llegan a la etapa vital de climaterio sin antecedentes de alteraciones del estado de ánimo y de forma poco definida comienzan a presentar cambios de humor, tristeza no justificada, mayor labilidad emocional, llanto fácil o estado de desgano. Esos síntomas suelen instalarse en la perimenopausia temprana, oscilar en su frecuencia y severidad, llegar hasta la perimenopausia tardía y disminuir paulatinamente o desaparecer luego de la menopausia (92). No obstante, las mujeres con antecedentes de alteraciones de la salud mental tienen mayor riesgo de presentar estado de ánimo depresivo al llegar a la edad de la menopausia (93,94). El estado de ánimo depresivo guarda relación con las modificaciones hormonales que

se suceden con el fin de la etapa reproductiva y el establecimiento del climaterio. Los cambios depresivos durante el climaterio representan un importante problema de salud mental para las mujeres de todo el mundo (95). Se pueden observar modificaciones que guardan relación con lo étnico, lo geográfico, lo socioeconómico y lo cultural. Entre las mujeres del presente estudio, en el 36,8% se identificó presencia de estado de ánimo depresivo. El Cuadro 4 presenta la frecuencia de estado de ánimo depresivo en diferentes comunidades étnicas. Se ha indicado que hasta el 70,0% de las mujeres en transición a la menopausia pueden informar síntomas depresivos, mientras que lo presentan el 30% de las que se encuentran en premenopausia (93,96).

Cuadro 4 Frecuencia de cambios en el estado de ánimo depresivo en la menopausia identificados con <i>Menopause Rating Scale</i>						
Año	Autores	País	Etnia	n	Frecuencia	Referencia
2024	Monterrosa-Castro A, et al	Colombia	Afrodscendientes	420	38,3%	Actual
2020	Thapa R, et al.	Camboya	Afrodscendientes	200	81,4%	9
2019	Jaff NG, et al	África	Africana-Negra	702	20,0%	83
2016	Monterrosa-Castro A, Et al	Colombia	Mestizas	500	84,0%	6
2010	Chedraui P, et al.	Ecuador	Afrodscendiente	404	73,5%	4

Los trastornos del ánimo depresivo, así como la depresión varían en severidad, desde estados transitorios de insatisfacción o infelicidad hasta el trastorno depresivo mayor (97). Son condiciones clínicas incapacitantes, que frecuentemente conducen a importantes costos sociales, personales y económicos que impactan negativamente la productividad y afectan la salud mental, repercuten en la salud física y en la calidad de vida (96,98,99). Ambas, estado de ánimo depresivo y depresión,

generan impacto negativo en la persona afectada, en su familia, en el lugar de trabajo y en las dinámicas del sistema de salud (100).

El Cuadro 5 presenta los factores que más se han estudiado y están en relación con los trastornos del ánimo depresivo en la menopausia. La exploración de todos ellos es necesario dentro de la historia clínica de la mujer en climaterio como sustrato para establecer diferencias entre un cuadro de depresión y el de trastornos de ánimo depresivo. Se debe observar que el componente étnico afrodescendientes es un factor asociado a mayor presencia de estado de ánimo depresivo de la menopausia. Ello se encuentra señalado en estudio del proyecto SWAN (98) y en estudios del Grupo de Investigación Salud de la Mujer en mujeres afrocolombianas (5,6,7).

Cuadro 5 Factores asociados a cambios en el estado de ánimo depresivo en la menopausia	
Demográficos o socioeconómicos	Apoyo social inadecuado
	Calidad del entorno social
	Malas relaciones sociales
	Conflictos con el entorno
	Inestabilidad de pareja
	Insatisfacción marital
	Condiciones de soledad social
	Percepción de soledad emocional
	Bajo nivel educativo
	Bajos ingresos económicos y/o dificultades socioeconómicas
	Pertener a grupos étnicos minoritarios, bajo discriminación y vulnerabilidad
Condición étnica afrodescendientes	
Continúa...	

Continúa...	
Factores asociados a cambios en el estado de ánimo depresivo en la menopausia	
Hábitos y estilos de vida	Sedentarismo excesivo
	Hábito de fumar
	Mala higiene del sueño
	Permanecer bajo situaciones estresantes agudas o crónicas
	Inadecuada actitud frente a la imagen corporal
	Mala actitud frente a la menopausia
	Salud física deteriorada
	Afectación en la salud mental
Cambio en el ambiente hormonal	Reducción en los niveles de estradiol
	Caída en la disponibilidad de la progesterona
	Reducción en la síntesis de la dehidroepiandrosterona sulfato [DHEA-S]
Antecedentes de afectación en la salud mental	Enfermedad depresiva mayor
	Síndrome premenstrual
	Depresión posparto
	Estrés postraumático
Sintomatología y comorbilidades	Síntomas vasomotores de la menopausia [oleadas de calor, sudoraciones, disturbio del sueño, taquicardias, dolores musculo articulares]
	Síntomas psicológicos de la menopausia [irritabilidad, ansiedad, cansancio físico mental]
	Sintomatología diversa persistente: cefaleas, cansancio, dolores articulares, incontinencia urinaria, etc.
	Enfermedades crónicas diversas
<i>Referencias: 96,97,98,92,101,102,103,104,105, 106</i>	

Son escasos los estudios que valoran la asociación entre trastornos del comportamiento alimentario y estado de ánimo depresivo. En el análisis de regresión logística se observó asociación entre todas las situaciones relacionadas con el comportamiento alimentario que explora la *Escala SCOFF* con el estado de ánimo depresivo. No obstante, en el análisis ajustado que incluyó todas las preguntas de la *Escala SCOFF* y la puntuación total de la escala, solo una de las situaciones conservó la significancia estadística. Tener la sensación de estar enferma porque siente el estómago lleno que le resulta incómodo se asoció con cuatro veces estado de ánimo depresivo. La puntuación total de la *Escala SCOFF* correlacionó positiva, significativa y fuertemente con la puntuación de la evaluación del estado de ánimo depresivo que establece *Menopause Rating Scale*.

En los programas sanitarios de atención primaria y también en los especializados, donde acuden a consulta mujeres en etapa de menopausia y climaterio, debe realizarse la exploración temprana del estado de ánimo depresivo. La aplicación de cuestionarios como *Menopause Rating Scale* es una estrategia oportuna y valedera. Si bien las escalas de autoevaluación no son diagnósticas, pueden brindar al médico orientación sobre presencia y severidad de síntomas, opiniones, percepciones y consideraciones sobre situaciones clínicas desde la propia óptica de las pacientes. Las intervenciones deben involucrar asesoramiento sobre climaterio y menopausia, instrucciones para manejar y afrontar los cambios de humor, el manejo de los síntomas de la menopausia, énfasis en hábitos y estilos de vida de vida saludable, exploración adecuada en la búsqueda de factores de riesgos para morbilidad y mortalidad a temprana edad. La terapia hormonal se debe considerar según las recomendaciones internacionales y explicando suficientemente los beneficios, los riesgos y los efectos secundarios de las diferentes preparaciones farmacéuticas de estrógeno o de estrógenos progestina que estén disponibles. En ese contexto, uno de los conceptos básicos de la terapia hormonal de la menopausia indica que a las mujeres con útero intacto que reciben estrógenos, se les debe adicionar progestina o progesterona. Las mujeres que han sido sometidas previamente a histerectomía deben recibir solo estrógenos (106).

Se pueden utilizar herramientas que específicamente exploran depresión, ansiedad y estrés, como es la *Escala DASS-21*. Entre las mujeres afrodescendientes se encontró que el 82,6% presentaban ansiedad, 23,3% estrés y el 10,7% depresión. En el estudio también se observó diferencias significativas cuando las mujeres fueron comparadas según los estados menstruales. La ansiedad fue más frecuente entre mujeres posmenopáusicas que entre mujeres que todavía tenían episodios menstruales. A su vez, el estrés y la depresión fueron más frecuentemente encontrados entre mujeres que presentaban episodios menstruales, al comparar con mujeres que ya habían dejado de tener menstruaciones. Aquí también es necesario recordar que la identificación por medio de encuestas, cuestionarios, escalas o herramientas de percepción son una aproximación a manifestaciones o síntomas, a los diagnósticos se debe llegar con los métodos específicamente establecidos para cada uno de los cuadros nosológicos.

Son escasos los estudios sobre religiosidad en mujeres latinoamericanas climatéricas y prácticamente inexistentes en mujeres menopáusicas colombianas. Se identificó que la religiosidad fue superior entre las mujeres que estaban en posmenopausia que entre las que se encontraban en premenopausia. Con la puntuación de la *Escala de Religiosidad de Francis* se encontró que la puntuación de las mujeres en premenopausia fue $17,9 \pm 2,4$, mientras que las posmenopáusicas fue $18,5 \pm 6,7$ siendo la diferencia significativa ($<0,05$). La religiosidad pudiese ser un factor importante que contribuye con una mejor salud mental y puede terminar siendo un factor favorecedor de bienestar. Entre las mujeres del estudio se encontró que la religiosidad era factor asociado significativamente a menor posibilidad de ansiedad, pero no lo fue en cuanto a estrés y depresión. Otros estudios al respecto deben ser realizados ampliamente. Numerosos condicionantes de tipo psicosocial y biológico participan en la afectación de la salud mental de las mujeres que están en climaterio y menopausia.

Finalmente, es abundante la data arrojada por el estudio en cuanto a consideraciones de salud mental, así como entornos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales, de hábitos y de estilos de

vida que el análisis de todos desborda las dimensiones establecidas para este libro o informe derivado de un proyecto de investigación observacional, comunitario y enmarcado en la apropiación social del conocimiento. Está proyectado el uso de los datos obtenidos y adelantar nuevos artículos, ponencias y conferencias, lo que permitirá presentar a mayor profundidad la interrelación entre distintos aspectos de la vida cotidiana que informaron un grupo de mujeres climáticas afrodescendientes. A la vez, derivados de nuevas reflexiones y de diferentes análisis estadísticos se entregaran otras recomendaciones y diferentes puntos clave, para aportar notas que hagan más preciso y adecuado el abordaje preventivo del deterioro de la salud mental, para aplicar en los espacios comunitarios y en los médico asistencial.

Referencias

1. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Sep 2;2:45. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>
2. Monterrosa A, Blumel 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. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.12.002>
3. Olaolorun FM, Lawoyin TO. Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause*. 2009 Jul-Aug;16(4):822-30. <https://doi.org/10.1097/gme.ob013e-318198d6e7>
4. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Morales B, Martínez MA, Salinas AM, Hidalgo L. Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 May;281(5):879-85. <https://doi.org/10.1007/s00404-009-1204-z>

5. Monterrosa-Castro Á, Paternina-Caicedo Á, Romero-Pérez I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. *Iatreia* [Internet]. 2011;24(2):136-145. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/9599>
6. Arteta-Acosta, Cindy, Márquez-Vega, Jhonmer, Monterrosa-Castro, Álvaro, Problemas severos de vejeza: el principal síntoma menopáusico en indígenas zenúes colombianas. *Salud Uninorte* [Internet]. 2012;28(2):283-297. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/3639>
7. Monterrosa A, Durán LC, Salguero M. Manifestaciones menopáusicas y calidad de vida en afrocolombianas. Valoración con escala Cervantes. *Iatreia*. 2017 Oct-Dic;30(4):376-390. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n4a03>
8. Yisma E, Eshetu N, Ly S, Dessalegn B. Prevalence and severity of menopause symptoms among perimenopausal and postmenopausal women aged 30-49 years in Gulele sub-city of Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2017 Dec 8;17(1):124. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0484-x>
9. Thapa R, Yang Y. Menopausal symptoms and related factors among Cambodian women. *Women Health*. 2020 Apr;60(4):396-411. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1643815>
10. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018 Apr;14(4):199-215. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>.
11. De Franciscis P, Barbieri M, Leo S, Dalise AM, Sardu C, Marfella R, Colacurci N, Paolisso G, Rizzo MR. Serum adiponectin levels are associated with worse cognitive function in postmenopausal women. *PLoS One*. 2017 Dec 21;12(12):e0186205. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186205>
12. Chedraui P. The future of gynecological endocrinology. *Gynecol Endocrinol*. 2022 Jan;38(1):1. <https://doi.org/10.1080/09513590.2022.2023976>

13. Abdulnour J, Doucet E, Brochu M, Lavoie JM, Strychar I, Rabasa-Lhoret R, Prud'homme D. The effect of the menopausal transition on body composition and cardiometabolic risk factors: a Montreal-Ottawa New Emerging Team group study. *Menopause*. 2012 Jul;19(7):760-7. <https://doi.org/10.1097/gme.obo13e318240f6f3>
14. Lee CG, Carr MC, Murdoch SJ, Mitchell E, Woods NF, Wener MH, Chandler WL, Boyko EJ, Brunzell JD. Adipokines, inflammation, and visceral adiposity across the menopausal transition: a prospective study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009 Apr;94(4):1104-10. <https://doi.org/10.1210/jc.2008-0701>
15. Gupta V, Mishra S, Mishra S, Kumar S, Gupta V. Association of Leptin: Adiponectin ratio and metabolic risk markers in postmenopausal women. *Immunol Lett*. 2018 Apr;196:63-67. <https://doi.org/10.1016/j.imlet.2018.01.008>
16. Khoramipour K, Chamari K, Hekmatikar AA, Ziyaiyan A, Taherkhani S, Elguindy NM, Bragazzi NL. Adiponectin: Structure, Physiological Functions, Role in Diseases, and Effects of Nutrition. *Nutrients*. 2021 Apr 2;13(4):1180. <https://doi.org/10.3390/nu13041180>
17. Biteli P, Barbalho SM, Detregiachi CRP, Dos Santos Haber JF, Chagas EFB. Dyslipidemia influences the effect of physical exercise on inflammatory markers on obese women in post-menopause: A randomized clinical trial. *Exp Gerontol*. 2021 Jul 15;150:111355. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111355>
18. Dye L, Boyle NB, Champ C, Lawton C. The relationship between obesity and cognitive health and decline. *Proc Nutr Soc*. 2017 Nov;76(4):443-454. <https://doi.org/10.1017/S0029665117002014>
19. Tian H, Qi W, Li S, Sun S, Li S, Wu Y. Pathways linking abdominal obesity to poor memory function: Explore the mediating role of hypertension and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2021 Dec 1;295:492-497. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.092>
20. Toledo FGS, Dubé JJ, Goodpaster BH, Stefanovic-Racic M, Coen PM, DeLany JP. Mitochondrial Respiration is Associated with Lower Energy Expenditure and Lower Aerobic Capacity in African American Women. *Obesity (Silver Spring)*. 2018 May;26(5):903-

909. <https://doi.org/10.1002/oby.22163>
21. Hirose A, Terauchi M, Osaka Y, Akiyoshi M, Kato K, Miyasaka N. Effect of soy lecithin on fatigue and menopausal symptoms in middle-aged women: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nutr J*. 2018 Jan 8;17(1):4. <https://doi.org/10.1186/s12937-018-0314-5>
 22. Das SK, Sharma NK, Zhang B. Integrative network analysis reveals different pathophysiological mechanisms of insulin resistance among Caucasians and African Americans. *BMC Med Genomics*. 2015 Feb 7;8:4. <https://doi.org/10.1186/s12920-015-0078-0>
 23. Rizzo MR, Fasano R, Paolisso G. Adiponectin and Cognitive Decline. *Int J Mol Sci*. 2020 Mar 16;21(6):2010. <https://doi.org/10.3390/ijms21062010>
 24. Jaff NG, Rubin LH, Crowther NJ, Norris SA, Maki PM. Menopausal symptoms, menopausal stage and cognitive functioning in black urban African women. *Climacteric*. 2020 Feb;23(1):38-45. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.164671>
 25. Romero-Pérez I, Monterrosa-Castro A, Paternina-Caicedo A, El sobrepeso y la obesidad se asocian a mayor prevalencia de síntomas menopaúsicos y deterioro severo de la calidad de vida. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2014;30(2):180-191. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5077/6998>
 26. Gunstad J, Lhotsky A, Wendell CR, Ferrucci L, Zonderman AB. Longitudinal examination of obesity and cognitive function: results from the Baltimore longitudinal study of aging. *Neuroepidemiology*. 2010;34(4):222-9. <https://doi.org/10.1159/000297742>
 27. Carvajal A, Flores M, Marin SI, Morales CG. Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2016 Mar;30(1): 39-45. <https://doi.org/doi:10.1016/j.rprh.2016.03.003>
 28. Alblooshi S, Taylor M, Gill N. Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic re-

- view. *Australasian Psychiatry*. 2023 Apr;31(2):165-173. <https://doi.org/10.1177/10398562231165439>
29. Kuck MJ, Hogervorst E. Stress, depression, and anxiety: psychological complaints across menopausal stages. *Front Psychiatry*. 2024 Feb 22;15:1323743. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1323743>
 30. Bocchino S. Aspectos psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. *Rev Psiquiatr Urug*. 2005;70:66-79. Disponible en: http://www.spu.org.uy/revista/jul2006/07_emc.pdf
 31. Sánchez-Zarza SC, Armeni AK, Chedraui P, Pérez-López FR, Gavilanes AWD. Prevalence of menopausal symptoms and severity related factors among mid-aged Paraguayan women as measured with the 10-item Cervantes Scale. *Gynecol Endocrinol*. 2023 Dec;39(1):2235427. <https://doi.org/10.1080/09513590.2023.2235427>
 32. Ali AM, Ahmed AH, Smail L. Psychological Climacteric Symptoms and Attitudes toward Menopause among Emirati Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 13;17(14):5028. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145028>
 33. Chedraui P, Pérez-López FR, Hidalgo L, Villacreses D, Domínguez A, Escobar GS, Genazzani AR, Simoncini T; Research Group for the Omega Women's Health Project. Evaluation of the presence and severity of menopausal symptoms among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Gynecol Endocrinol*. 2014;30(12):918-24. <https://doi.org/10.3109/09513590.2014.971236>
 34. Bener A, Saleh NM, Bakir A, Bhugra D. Depression, Anxiety, and Stress Symptoms in Menopausal Arab Women: Shedding More Light on a Complex Relationship. *Ann Med Health Sci Res*. 2016 Jul-Aug;6(4):224-231. https://doi.org/10.4103/amhsr.amhsr_341_15
 35. Freeman EW, Guthrie KA, Caan B, Sternfeld B, Cohen LS, Joffe H, Carpenter JS, Anderson GL, Larson JC, Ensrud KE, Reed SD, Newton KM, Sherman S, Sammel MD, LaCroix AZ. Efficacy of escitalopram for hot flashes in healthy menopausal women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011 Jan 19;305(3):267-74. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.2016>

36. Moral E, Delgado JL, Carmona F, Caballero B, Guillán C, González PM, Suárez-Almarza J, Velasco-Ortega S, Nieto C; as the writing group of the GENISSE study. Genitourinary syndrome of menopause. Prevalence and quality of life in Spanish postmenopausal women. The GENISSE study. *Climacteric*. 2018 Apr;21(2):167-173. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1421921>
37. Waetjen LE, Crawford SL, Chang PY, Reed BD, Hess R, Avis NE, Harlow SD, Greendale GA, Dugan SA, Gold EB; Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Factors associated with developing vaginal dryness symptoms in women transitioning through menopause: a longitudinal study. *Menopause*. 2018 Oct;25(10):1094-1104. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001130>
38. Nappi RE, Albani F, Santamaria V, Tonani S, Magri F, Martini E, Chiovato L, Polatti F. Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas*. 2010 Sep;67(1):78-83. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.05.008>
39. Nappi RE, Polatti F. The use of estrogen therapy in women's sexual functioning (CME). *J Sex Med*. 2009 Mar;6(3):603-16; quiz 618-9. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01198.x>
40. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric*. 2014 Feb;17(1):3-9. <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.871696>
41. Adimi Naghan P, Hassani S, Sadr M, Malekmohammad M, Khoundabi B, Setareh J, Seyedmehdi SM, Seifi S. Sleep Disorders and Mental Health in Menopausal Women in Tehran. *Tanaffos*. 2020 Jan;19(1):31-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7569498/pdf/Tanaffos-19-31.pdf>
42. Ormel J, Jeronimus BF, Kotov R, Riese H, Bos EH, Hankin B, Rosmalen JGM, Oldehinkel AJ. Neuroticism and common mental disorders: meaning and utility of a complex relationship. *Clin Psychol Rev*. 2013 Jul;33(5):686-697. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>
43. Augoulea A, Moros M, Lykeridou A, Kaparos G, Lyberi R, Panoulis K.

- Psychosomatic and vasomotor symptom changes during transition to menopause. *Prz Menopauzalny*. 2019 Jun;18(2):110-115. <https://doi.org/10.5114/pm.2019.86835>
44. Bal MD, Sahin NH. The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*. 2011 Dec;18(12):1309-16. <https://doi.org/10.1097/gme.obo13e31821e2494>
 45. Grochans E, Szkup M, Kotwas A, Kopeć J, Karakiewicz B, Jurczak A. Analysis of Sociodemographic, Psychological, and Genetic Factors Contributing to Depressive symptoms in Pre-, Peri- and Postmenopausal Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Apr 10;15(4):712. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040712>
 46. Norris CJ, Larsen JT, Cacioppo JT. Neuroticism is associated with larger and more prolonged electrodermal responses to emotionally evocative pictures. *Psychophysiology*. 2007 Sep;44(5):823-6. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2007.00551.x>
 47. Sood R, Kuhle C, Kapoor E, Rullo J, Thielen J, Frohmader K, Mara K, Schroeder D, Faubion S. A negative view of menopause: does the type of symptom matter? *Climacteric*. 2016 Dec;19(6):581-587. <https://doi.org/10.1080/13697137.2016.1241227>
 48. Rocca WA, Kantarci K, Faubion SS. Risks and benefits of hormone therapy after menopause for cognitive decline and dementia: A conceptual review. *Maturitas*. 2024 Jun;184:108003. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108003>
 49. Benmansour S, Privratsky AA, Adeniji OS, Frazer A. Signaling mechanisms involved in the acute effects of estradiol on 5-HT clearance. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014 May;17(5):765-77. <https://doi.org/10.1017/S146114571300165X>
 50. Klaiber EL, Kobayashi Y, Broverman DM, Hall F. Plasma monoamine oxidase activity in regularly menstruating women and in amenorrheic women receiving cyclic treatment with estrogens and a progestin. *J Clin Endocrinol Metab*. 1971 Oct;33(4):630-8. <https://doi.org/10.1210/jcem-33-4-630>
 51. Wada T, Sameshima A, Yonezawa R, Morita M, Sawakawa K, Tsune-

- ki H, Sasaoka T, Saito S. Impact of central and peripheral estrogen treatment on anxiety and depression phenotypes in a mouse model of postmenopausal obesity. *PLoS One*. 2018 Dec 27;13(12):e0209859. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209859>
52. Loja-Chango R, Pérez-López FR, Simoncini T, Escobar GS, Chedraui P. Increased mood symptoms in postmenopausal women related to the polymorphism rs743572 of the CYP17 A1 gene. *Gynecol Endocrinol*. 2016 Oct;32(10):827-830. <https://doi.org/10.1080/09513590.2016.1177015>
53. Rowe E, Van Horn A, Rockwell LC. CYP17 genotype modifies the impact of anthropometric variation on salivary estradiol in healthy women. *Am J Phys Anthropol*. 2015 Apr;156(4):665-70. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22676>
54. Larkin D, Martin CR. The interface between chronic fatigue syndrome and depression: A psychobiological and neurophysiological conundrum. *Neurophysiol Clin*. 2017 Apr;47(2):123-129. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2017.01.012>
55. Meyer F, Freeman MP, Petrillo L, Barsky M, Galvan T, Kim S, Cohen L, Joffe H. Armodafinil for fatigue associated with menopause: an open-label trial. *Menopause*. 2016 Feb;23(2):209-14. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000505>
56. Wilbur J, Shaver J, Kogan J, Buntin M, Wang E. Menopausal transition symptoms in midlife women living with fibromyalgia and chronic fatigue. *Health Care Women Int*. 2006 Aug;27(7):600-14. <https://doi.org/10.1080/07399330600803741>
57. Monterrosa-Castro A, Blümel JE, Portela-Buelvas K, Mezones-Holguín E, Barón G, Bencosme A, Benítez Z, Bravo LM, Calle A, Chedraui P, Flores D, Espinoza MT, Gómez G, Hernández-Bueno JA, Laribezcoa F, Lima S, Martino M, Mostajo D, Ojeda E, Onatra W, Sánchez H, Navarro D, Tserotas K, Vallejo MS, Witis S, Zuñiga MC; Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Type II diabetes mellitus and menopause: a multinational study. *Climacteric*. 2013 Dec;16(6):663-72. <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.798272>

58. Smith KJ, Béland M, Clyde M, Gariépy G, Pagé V, Badawi G, Rabasa-Lhoret R, Schmitz N. Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2013 Feb;74(2):89-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.013>
59. Hasan SS, Thiruchelvam K, Ahmed SI, Clavarino AM, Mamun AA, Kairuz T. Psychological health and menopause-specific quality of life of Malaysian women with type 2 diabetes. *Asian J Psychiatr.* 2016 Oct;23:56-63. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.005>
60. Aparicio VA, Borges-Cosic M, Ruiz-Cabello P, Coll-Risco I, Acosta-Manzano P, Špacírová Z, Soriano-Maldonado A. Association of objectively measured physical activity and physical fitness with menopause symptoms. The Flamenco Project. *Climacteric.* 2017 Oct;20(5):456-461. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1329289>
61. Thangavel P, Puga-Olguín A, Rodríguez-Landa JF, Zepeda RC. Genistein as Potential Therapeutic Candidate for Menopausal Symptoms and Other Related Diseases. *Molecules.* 2019 Oct 29;24(21):3892. <https://doi.org/10.3390/molecules24213892>
62. Kravitz HM, Schott LL, Joffe H, Cyranowski JM, Bromberger JT. Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychol Med.* 2014 Sep;44(12):2593-602. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000075>
63. Rahman SA, Zainudin SR, Mun VL. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pac Fam Med.* 2010 Feb 22;9(1):5. <https://doi.org/10.1186/1447-056X-9-5>
64. Mitchell ES, Woods NF. Pain symptoms during the menopausal transition and early postmenopause. *Climacteric.* 2010 Oct;13(5):467-78. <https://doi.org/10.3109/13697137.2010.483025>
65. Woods NF, Mitchell ES. Sleep symptoms during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Sleep.* 2010 Apr;33(4):539-49. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.4.539>

66. Tang R, Luo M, Li J, Peng Y, Wang Y, Liu B, Liu G, Wang Y, Lin S, Chen R. Symptoms of anxiety and depression among Chinese women transitioning through menopause: findings from a prospective community-based cohort study. *Fertil Steril*. 2019 Dec;112(6):1160-1171. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.005>
67. Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause*. 2008 Sep-Oct;15(5):958-62. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318160dafa>
68. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, Crawford S, Hess R, Waetjen LE, Brooks M, Tepper PG, Greendale GA. Change in sexual functioning over the menopausal transition: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2017 Apr;24(4):379-390. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000770>
69. Jonusiene G, Zilaitiene B, Adomaitiene V, Aniuliene R, Bancroft J. Sexual function, mood and menopause symptoms in Lithuanian postmenopausal women. *Climacteric*. 2013 Feb;16(1):185-93. <https://doi.org/10.3109/13697137.2012.682746>
70. Welch AA, Hayhoe RPG, Cameron D. The relationships between sarcopenic skeletal muscle loss during ageing and macronutrient metabolism, obesity and onset of diabetes. *Proc Nutr Soc*. 2020 Feb;79(1):158-169. <https://doi.org/10.1017/S0029665119001150>
71. Bloemer J, Pinky PD, Govindarajulu M, Hong H, Judd R, Amin RH, Moore T, Dhanasekaran M, Reed MN, Suppiramaniam V. Role of Adiponectin in Central Nervous System Disorders. *Neural Plast*. 2018 Jul 29;2018:4593530. <https://doi.org/10.1155/2018/4593530>
72. Ge T, Fan J, Yang W, Cui R, Li B. Leptin in depression: a potential therapeutic target. *Cell Death Dis*. 2018 Oct 26;9(11):1096. <https://doi.org/10.1038/s41419-018-1129-1>
73. Naufel MF, Boldarine VT, Oyama LM, do Nascimento CMO, Silva Dos Santos GM, Hachul H, Ribeiro EB. Age and leptinemia association with anxiety and depression symptoms in overweight middle-aged women. *Menopause*. 2019 Mar;26(3):317-324. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001210>

74. Jaremka LM, Pacanowski CR. Social anxiety symptoms moderate the link between obesity and metabolic function. *Psychoneuroendocrinology*. 2019 Dec;110:104425. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104425>
75. Halbreich U, Kahn LS. Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? *J Affect Disord*. 2007 Sep;102(1-3):245-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.023>
76. Fu P, Gibson CJ, Mendes WB, Schembri M, Huang AJ. Anxiety, depressive symptoms, and cardiac autonomic function in perimenopausal and postmenopausal women with hot flashes: a brief report. *Menopause*. 2018 Dec;25(12):1470-1475. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001153>
77. Freedman RR, Krell W. Reduced thermoregulatory null zone in postmenopausal women with hot flashes. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Jul;181(1):66-70. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70437-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70437-0)
78. Avis NE, Crawford SL, Green R. Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Dec;45(4):629-640. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.005>
79. Freeman EW, Sammel MD, Sanders RJ. Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort. *Menopause*. 2014 Sep;21(9):924-32. <https://doi.org/10.1097/GME.000000000000196>
80. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S, Ferdoussi T. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause*. 2005 May-Jun;12(3):258-66. <https://doi.org/10.1097/01.gme.0000142440.49698.b7>
81. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, Karvonen-Gutierrez C, Waetjen LE, Matthews K. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2019 Oct;26(10):1213-1227. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001424>

82. de Wit AE, Giltay EJ, de Boer MK, Nathan M, Wiley A, Crawford S, Joffe H. Predictors of irritability symptoms in mildly depressed perimenopausal women. *Psychoneuroendocrinology*. 2021 Apr;126:105128. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105128>
83. Jaff NG, Rubin LH, Crowther NJ, Norris SA, Maki PM. Menopausal symptoms, menopausal stage and cognitive functioning in black urban African women. *Climacteric*. 2020 Feb;23(1):38-45. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1646719>
84. Rahman S, Salehin F, Iqbal A. Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushtia, Bangladesh. *BMC Res Notes*. 2011 Jun 15;4:188. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-188>
85. Misiker B, Kashala K, Misker D. The severity of menopause and associated factors among middle-aged women residing in Arba Minch, DHSS, Ethiopia, 2022. *BMC Womens Health*. 2023 May 25;23(1):287. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02442-9>
86. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle-aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2007 Jul 20;57(3):271-8. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.01.009>
87. Spyropoulou AC, Zervas IM, Christodoulakos G, Lambrinouadaki I, Rizos D, Koundi K, Sanida E, Creatsas G, Soldatos CR. Irritability in menopause: an investigation of its relation to menopausal, hormonal and physical factors. *Psychother Psychosom*. 2009;78(2):128-30. <https://doi.org/10.1159/000203120>
88. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jul;55(7):556-70. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.014>
89. Yazdkhasti M, Simbar M, Abdi F. Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Mar 20;17(3):e18944. <https://doi.org/10.5812/ircmj.18944>
90. Khandehroo M, Peyman N, Mahdizadeh M, Salary M, Tehrani H. Adopting strategies with menopausal experiences: A systematic review. *Health Sci Rep*. 2024 Apr 17;7(4):e1968. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1968>

91. Chong SA, Mok YM, Subramaniam M. Depression: Let's Talk. *Ann Acad Med Singap.* 2017 Apr;46(4):121-123. Disponible en: <https://www.annals.edu.sg/pdf/46VolNo4Apr2017/V46N4p121.pdf>
92. Clayton AH, Ninan PT. Depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2010;12(1):PCC.08roo747. <https://doi.org/10.4088/PCC.08roo747blu>
93. Bromberger JT, Schott L, Kravitz HM, Joffe H. Risk factors for major depression during midlife among a community sample of women with and without prior major depression: are they the same or different? *Psychol Med.* 2015 Jun;45(8):1653-64. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002773>
94. Freeman EW, Sammel MD, Boorman DW, Zhang R. Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *JAMA Psychiatry.* 2014 Jan;71(1):36-43. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2819>
95. Harvard Health Publishing| Harvard Medical School. Menopause and mental health. Retrieved June 1, 2020, from (2020). Disponible en: <https://www.health.harvard.edu/womens-health/menopause-and-mental-health>
96. Soares CN. Depression and Menopause: Current Knowledge and Clinical Recommendations for a Critical Window. *Psychiatr Clin North Am.* 2017 Jun;40(2):239-254. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.007>
97. Bromberger JT, Epperson CN. Depression During and After the Perimenopause: Impact of Hormones, Genetics, and Environmental Determinants of Disease. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018 Dec;45(4):663-678. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.007>
98. Bromberger JT, Kravitz HM. Mood and menopause: findings from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) over 10 years. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011 Sep;38(3):609-25. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.011>
99. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA. Burden of depressive disorders by country,

- sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med.* 2013 Nov;10(11):e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
100. Vivian-Taylor J, Hickey M. Menopause and depression: is there a link? *Maturitas.* 2014 Oct;79(2):142-6. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.014>
101. Alam MM, Ahmed S, Dipti RK, Siddiquee RE, Hawlader MDH. The prevalence and associated factors of depression during pre-, peri-, and post-menopausal period among the middle-aged women of Dhaka city. *Asian J Psychiatr.* 2020 Dec;54:102312. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102312>
102. Almeida OP, Marsh K, Flicker L, Hickey M, Sim M, Ford A. Depressive symptoms in midlife: the role of reproductive stage. *Menopause.* 2016 Jun;23(6):669-75. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000598>
103. Gibbs Z, Lee S, Kulkarni J. What factors determine whether a woman becomes depressed during the perimenopause? *Arch Womens Ment Health.* 2012 Oct;15(5):323-32. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0304-0>
104. Colangelo LA, Ouyang P, Golden SH, Szklo M, Capstur SM, Vaidya D, Liu K. Do sex hormones or hormone therapy modify the relation of n-3 fatty acids with incident depressive symptoms in postmenopausal women? The MESA Study. *Psychoneuroendocrinology.* 2017 Jan;75:26-35. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.10.003>
105. Milman LW, Sammel MD, Barnhart KT, Freeman EW, Dokras A. Higher serum total testosterone levels correlate with increased risk of depressive symptoms in Caucasian women through the entire menopausal transition. *Psychoneuroendocrinology.* 2015 Dec;62:107-13. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.612>
106. Monterrosa-Castro. A. Diez reflexiones sobre menopausia y climaterio. 2005. Disponible en: <https://www.grupodeinvestigacionluddelamujer.com.co/PDF/libros/10%20REFLEXIONES%20SOBRE%20TERAPIA%20HORMONAL.pdf>



Ilustración creada con IA de Adobe Firefly

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- A. Es necesario enfatizar que debido al diseño de investigación observacional y transversal que fue planteado para realizar la investigación, los resultados identificados en el presente estudio adelantado en 420 mujeres que se encuestaron estando en su comunidad, que se auto reconocieron como afrodescendientes y eran residentes en municipios del Caribe colombiano, deben ser tomados como punto de referencia. Por razones de tipo estrictamente bioestadísticas, no se pueden extrapolar numéricamente a todas las mujeres del Caribe colombiano, el país o Latinoamérica, pero sí, permiten identificar condicionantes de interés y de valor para tener presentes al atender clínicamente a las mujeres climáticas o menopaúsicas afrodescendientes.
- B. En el estudio se encontró que el 30,5% informó presentar irritabilidad, sentirse muy nerviosa, tensa y agresiva; el 42,8% notificó experimentar ansiedad, impaciencia, pánico e inquietud interna;

41,6% manifestó presentar cansancio físico mental, menor rendimiento, problemas de memoria o menor concentración y el 38,8% comunicó tener estado de ánimo depresivo, sentirse muy decaída, triste, a punto de llorar, falta de ganas o cambios de humor. Todos los anteriores son síntomas psicológicos de la menopausia y se identificaron con el cuestionario *Menopause Rating Scale*. Irritabilidad, ansiedad, cansancio físico mental y estado de ánimo severo y muy severos, fueron identificados en el 9,0%, 17,8%, 15,9% y en el 12,0% de las mujeres del estudio. En 64 mujeres (15,2%) se estimó deterioro severo psicológico, siendo estadísticamente superior al deterioro severo somático vegetativo, al deterioro severo urogenital y al deterioro severo de la calidad de vida.

- C. La presencia de ansiedad, estrés y depresión fue identificada con la *Escala DASS-21* en el 82,6%, 23,3% y 10,7%, respectivamente, entre las afrodescendientes climatéricas evaluadas. Distintos factores demográficos, psicológicos, sociales, clínicos, del dormir, del comportamiento alimentario, de la religiosidad y otros síntomas menopáusicos, se asociaron de forma diferente con la afectación de los componente de la salud mental que fueron considerados. Igualmente se observaron diferencias según el estado menopáusico.
- D. La afectación de la salud mental fue elevada en términos de presencia y severidad de los componente psicológicos en el grupo poblacional y étnico estudiado, lo cual refrenda la importancia de insistir en la necesidad de abordar tempranamente la afectación de la salud mental en las mujeres en climaterio y menopausia. Están señalados los condicionantes ambientales internos y externos que son favorecedores para la pérdida del bienestar y uno de ellos puede ser lo étnico. En el presente estudio no se exploraron comparaciones entre grupos étnicos ya que esa no era la intención del proyecto. No obstante, las diferencias étnicas de la afectación psicológica, física, cognitiva y de salud mental, se han mostrado suficientemente en otros proyectos de investigación realizados por el Grupo de Investigación Salud de la Mujer.

- E. Se recuerda a los clínicos y profesionales de la salud la importancia de evaluar en sus comunidades de pacientes la magnitud de la afectación psicológica en mujeres climáticas. Las afectaciones de salud en el climaterio y menopausia están influenciadas en diversa magnitud por acciones multifactoriales y socioculturales, por lo tanto, la sintomatología somática y psicológica de la menopausia no es algo universal ni se puede globalizar. Cada mujer debe ser puntualmente explorada en la consulta de salud para establecer la presencia y severidad de las diferentes manifestaciones de la menopausia. La consulta de salud de la mujeres de mediana edad, en menopausia y climaterio, debe ser fundamentalmente preventiva y buscar en esencia la identificación de los síntomas relacionados, identificar la magnitud del compromiso de la salud mental y adelantar amplia y suficiente exploración. Coherentemente con el modelo de conceptualización de la investigación que hemos realizado y con los hallazgos del estudio, es indispensable establecer la presencia en cada mujer de los factores cotidianos de la vida que se suman a los factores de riesgo para comorbilidades severas y para mortalidad a temprana edad.
- F. Tal como ha sido señalado en otros estudios del proyecto CAVI-MEC, las mujeres que pertenecen a las comunidades afrodescendientes pueden tener una frecuencia mayor de afectación de la salud mental que las mujeres mestizas. Es este estudio se ha mostrado la magnitud de la presencia y de la severidad de la afectación de varios componentes de la salud mental en mujeres afrodescendientes. Ello debe ser tenido en cuenta al instante de la consulta médica cotidiana y ser uno de los insumos para el interrogatorio, el análisis y el juicio clínico, al atender con elevada calidad a mujeres menopáusicas afrodescendientes. Recomendamos la aplicación de cuestionarios que permitan un abordaje rápido, preciso y fácil para la identificación de los síntomas relacionados con la menopausia. Se debe siempre recordar que los síntomas de la menopausia se relacionan entre sí y se presentan dentro del denominado efecto “dominó de la sintomatología menopáusica”.

- G. Se recomienda que la atención de la salud mental y también la salud física de las mujeres en climaterio y menopausia, debe ser fundamentalmente multidisciplinaria y en gran medida no debe ser única y exclusivamente medicalizada. Los componentes informativos, educativos, lúdicos y de recreación, deben estar suficientemente presentes. El acompañamiento y la aplicación de conceptualizaciones que hacen parte de la psicología de la salud deben estar materializados.
- H. Se sugiere que la programación, orientación y las evaluaciones de los componente de la salud en las mujeres climatéricas y menopáusicas debe siempre tener presente las diferencias étnicas que ha encontrado el proyecto de investigación CAVIMEC.
- I. Se debe tener presente el uso de las alternativas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para los síntomas de la menopausia. Se considera pertinente realizar dicho señalamiento como recomendación, aunque la terapéutica de la menopausia no fue explorada específicamente en este proyecto de investigación. Están vigentes y se deben tomar en cuenta las alternativas terapéuticas hormonales y no hormonales de acuerdo con las indicaciones, dosis, contraindicaciones, vías de administración y otras orientaciones que están presentes en las guías y protocolos nacionales e internacionales. No se pueden dejar de mencionar en este instante, la terapia hormonal de la menopausia (estrógeno, progesterona, andrógenos, hormonas bioidénticas), los moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERMs) y de la progesterona (MSRPs), la tibolona, los nuevos agentes no hormonales antagonistas del receptor de la neuroquinina-3 (NK3), los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, etc. Es indispensable anotar que se pueden, según cada caso, sumar a las medidas generales para enfrentar los síntomas de la menopausia y conservar la adecuada calidad de vida. Actualmente, la soya y la mayoría de los fitoestrógenos siguen siendo unos excelentes complementos alimentarios y en diferentes estudios no han logrado alcanzar los

valores significativos en cuanto a beneficios para los síntomas de la menopausia, y sigue siendo controversial su uso como preparaciones farmacéuticas.

- J. Aunque tampoco fueron abordados dentro del estudio realizado en las mujeres afrodescendientes estudiadas, se debe señalar, recomendar y prescribir dentro de las acciones preventivas y terapéuticas para el abordaje de la afectación de la salud mental, física y cognitiva de las mujeres en menopausia y climaterio, las actividades vivenciales no farmacológicas: los hábitos e higiene de sueño, el continuo control del peso corporal, evitar el sobrepeso y la obesidad, los esquemas de vacunación para el adulto mayor, reducir siempre la ingesta de alcohol, evitar el hábito del tabaco, los cigarrillos electrónicos y las sustancias psicoactivas, continuar disfrutando la sexualidad y el feminismo, identificar y vigilar los marcadores de riesgo cardiovascular y metabólico, por ejemplo. Los antecedentes de condiciones o enfermedades psicoafectivas deben ser colocados en evidencia, así como las oncológicas y las osteomusculares.
- K. Es también oportuno recordar que la menopausia es un instante fisiológico, es la última menstruación y se encuentra enmarcada en el climaterio, que es una etapa vital y floreciente de toda mujer. A consecuencia de la caída estrogénicas, algunas mujeres, no todas, pueden presentar sintomatología menopáusica, para la cual hay muchas oportunidades terapéuticas. Todos debemos estar comprometidos con modificar el imaginario que las personas tienen en torno a la menopausia, erróneamente considerada por muchos como una etapa desafortunada, llena de situaciones adversas, causante de enfermedad e incluso indicativa de senectud, decrepitud y pérdida de productividad. Esa postura de estigmatización y discriminación fomenta la disminución en el autoestima de la mujer, reduce la capacidad de resiliencia y conduce a situación de vulnerabilidad e incremento en las opciones de violencia y feminicidio. Se aprovecha este espacio de recomendaciones para

generar conciencia en los profesionales de la salud—y ellos deben generarla entre sus pacientes y acompañantes en general—, que la menopausia no es una herramienta para violentar o discriminar a la mujer. Estar en menopausia, ser mujer y ser afrodescendiente no son razones valederas para la violencia o la discriminación. Es más, no hay ninguna razón para expresiones racistas en los entornos clínicos, en los ámbitos comunitarios, ni en ningún otro lugar.

- L. Finalmente, es imprescindible recordar a todo el personal sanitario que no atender clínicamente con dedicación y con la suficiente calidad a las mujeres afrodescendientes en climaterio o menopausia, así como a las de cualquier grupo étnico mayoritario o minoritario, es un acto deliberado de violencia contra la mujer y de discriminación. Solo interviniendo tempranamente y con suficiente calidad de atención médica y social a las mujeres de mediana edad, nos podemos garantizar una adultas mayores y unas ancianas saludables.





Ilustración creada con IA de Adobe Firefly

ANOTACIONES FINALES

EPÍLOGO

Con este libro, el Grupo de Investigación Salud de la Mujer de la Universidad de Cartagena contribuye con información sobre la afectación de la salud mental en relación con el climaterio y la menopausia. La comunidad de mujeres y varones afrocolombianos o afrodescendientes son un pilar en la construcción del patrimonio nacional y representan una proporción importante de los habitantes del país. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2018 (ECV 2018), realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia hay 4,6 millones de personas negras, afrodescendientes, raizales o palenqueras. Este resultado representa el 9,3% de la población total nacional y ubica a Colombia en el cuarto puesto en América Latina entre los países con mayor concentración de descendientes de africanos, después de Haití, Brasil y Cuba.

Los datos que hemos presentado luego de la realización del proyecto que dio origen a este libro producto de investigación, así como los ar-

títulos científicos y de prensa que hemos publicado, tienen relevancia cuando entendemos que en Colombia, de los 4,6 millones de personas negras, afrodescendientes, raizales o palenqueras, el 50,4% son mujeres y el 49,6% son varones, y están distribuidos geográficamente por todo el país. Sin embargo, la mayor concentración de este grupo étnico se presenta en el departamento del Valle del Cauca, que reúne el 30,4%; seguido de Bolívar, con 16,2%, y Antioquia, con el 12,6%. Otros departamentos con importante presencia de afrodescendientes son: Chocó, Cauca, Nariño, La Guajira, Magdalena, Sucre, Atlántico y Córdoba. Vale la pena mencionar que se encontró que el 66,7% de la población vive en las cabeceras municipales y el restante 33,3% vive en áreas rurales.

El Grupo de Investigación Salud de la Mujer viene señalando ampliamente que las mujeres afrocolombianas suelen presentar más síntomas físicos y psicológicos relacionados con la menopausia que las mestizas, lo cual contribuye a un mayor deterioro severo de la calidad de vida y representa un factor asociado a algunas enfermedades crónicas. Factores psicosociales de diversa índole están implicados en esos hallazgos del proyecto CAVIMEC, que dentro de un par de años completará veinte años de estar en marcha identificando aspectos de bienestar, salud y enfermedad de las mujeres menopáusicas colombianas, teniendo en consideración la etnia por autorreconocimiento.

Articulado con lo anterior, es menester recordar que el DANE también notificó que el 66,1% de hogares con jefatura negra, afrocolombiana, raizal o palenquera se encuentran en el estrato socioeconómico bajo. Así mismo, la tercera parte de los afrocolombianos están en situación de pobreza multidimensional, cifra casi cuatro veces mayor que el índice de pobreza nacional de Colombia. Se evidencia que la presencia de pobreza es mayor entre afrodescendientes del sexo femenino y residentes en el área rural. Esta situación de pobreza entre los afrodescendientes lleva consigo implicaciones desfavorables en cuanto a educación, vivienda, empleo, acceso a servicios públicos, atención de salud de calidad y, en general, a las distintas oportunidades sociales de bienestar.

No se pueden dejar de lado la discriminación, la desigualdad y la permanente violencia de diferente orden, que son agravantes para el deterioro de la salud física, psicológica y socioambiental. La tendencia sostenida a la condición de pobreza, sumada a la herencia genética africana, son dos características de la población afrodescendiente que influyen en la salud de los miembros de esta comunidad. Las mutaciones de tipo genético relacionadas con la esclavitud transatlántica, que victimizó a sus ancestros, pueden explicar la elevada frecuencia y la severidad de algunas enfermedades que afectan tanto a mujeres como a varones de comunidades afrodescendientes, contribuyendo con la pérdida de la productividad personal y socioeconómica, generando discapacidad y necesidad de cuidadores, así como favoreciendo la mortalidad a edades tempranas. Por estas razones, y otras no señaladas, la etnia se debe tener en cuenta al dictar políticas de atención en salud y al cumplirse las etapas de la atención médica. Las investigaciones en salud al interior de las comunidades afrodescendientes permiten generar conocimiento específico e influir en la toma de decisiones sanitarias.

Las frecuencias y las asociaciones que se presentan en este libro son puntos de partida para estudiosos de la epidemiología y de las ciencias sociales, y se dejan para que les permitan acercarse y mirar con otros ojos a un grupo de mujeres de comunidades afrodescendientes que estaban al momento de encuestarlas en etapa vital de climaterio.

Las mujeres afrodescendientes, al igual que toda la población, tienen derecho a recibir atención en salud con oportunidad y eficiencia, así como conocer los resultados plasmados en este texto, puesto que está presente su realidad en términos de salud y enfermedad, por consiguiente, en diferentes escenarios y por medio de diversas herramientas comunicativas van a estarán siendo compartidos.

También es acertado y necesario invitar, luego de la experiencia vivida, a que la comunidad científica colombiana, especialmente a las generaciones más jóvenes, realicen investigación en salud enfocada en este grupo étnico, teniendo en cuenta su perfil sociodemográfico y la distribución geográfica en el país. El reconocimiento de la etnia como deter-

minante social y biológico de la salud conlleva al mismo tiempo explorar sus implicaciones físicas y psicológicas en la vida de los hombres y las mujeres afrodescendientes. Por lo tanto, el conocimiento que se tenga al respecto constituye una herramienta para el ejercicio médico, sirviendo de guía para orientar el interrogatorio y estableciendo un punto de partida para la sospecha diagnóstica. Desde el Grupo de Investigación Salud de la Mujer proponemos que la atención médica de las mujeres que acuden a los programas sanitarios debe tener en cuenta lo étnico.





Ilustración creada con IA de Adobe Firefly

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Afectación de la salud mental. Presencia de sintomatológica psicológica en cuanto a irritabilidad, cansancio físico mental, síntomas depresivos, ansiedad y alteraciones en el bienestar y la convivencia.

Afrodescendiente. Se consideraron como tal las mujeres que se autoreconocen como tal, tenían piel Tipo V [negra] y eran hijas de padres y madres de raza negra.

Calidad de vida relacionada con la salud. Es la evaluación subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud, así como de la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en un bienestar general.

Climaterio. Etapa vital de la mujer que sigue a la etapa vital reproductiva y antecede a la etapa de adulto mayor. No hay fronteras etarias para establecerlas.

Dimensiones fundamentales de la calidad de vidas. El funcionamiento físico, el psicológico, el cognitivo y el social.

Edad de menopausia. Edad de la mujer en que se sucede la menopausia.

Edad natural de menopausia. Establecimiento de la última menstruación entre los 45-51 años.

Estrógenos. Hormona natural reproductiva que se produce en los ovarios

Menopause Rating Scale. Escala universal para valorar sintomatología de la menopausia, ampliamente utilizada a nivel mundial y herramienta básica con la cual el Grupo de Investigación Salud de la Mujer ha explorado el deterioro de la calidad de vida en mujeres colombianas.

Menopausia temprana. Establecimiento de la última menstruación antes de los 45 años.

Menopausia. Último periodo menstrual de la mujer, que indica el final de la etapa vital reproductiva. Se considera como tal luego de doce meses sin sangrados menstruales.

Ovarios. Gónada de la mujer donde se producen las hormonas reproductivas

Posmenopausia. Etapa del ciclo vital del climaterio cuando hace más de un año que no se presentan episodios menstruales.

Premenopausia. Etapa del ciclo vital del climaterio cuando aún se presentan episodios menstruales.

Síntomas psicológicos de la menopausia. Conjunto de manifestaciones de tipo psicológico que se presentan en la menopausia y en el climaterio. Por medio de la escala *Menopause Rating Scale* se exploran la irritabilidad, el cansancio físico mental, la ansiedad y los síntomas depresivos.

Sintomatología climatórica. Manifestaciones físicas y psicológicas que se presentan en el climaterio y están en relación con la caída de la producción de estrógenos ováricos.

Sintomatología menopáusica. Manifestaciones biológicas o psicológicas que están en relación con la caída de los estrógenos que se suceden dentro del climaterio. Es sinónimo de la sintomatología climatórica.

Salud mental. Bienestar cognitivo, conductual y emocional. Se incluyen lo que piensan, sienten y cómo se comportan las afrodescendientes menopáusicas estudiadas. A veces, se usa el término “salud mental” para referirse a la ausencia de un trastorno mental.

Síndrome genitourinario de la menopausia. Síntomas que tienen que ver con el área urogenital: incontinencia urinaria, sequedad vaginal, atrofia urogenital.

Terapia hormonal de la menopausia. Medicamentos que se administran para tratar algunos de los síntomas de la menopausia.

Transición a la menopausia. Etapa del ciclo vital de climaterio que se caracteriza por ciclos menstruales irregulares, sean ciclos cortos o largos con episodios de ausencia menstrual inferior a los doce meses.



CONFLICTOS DE INTERÉS

El líder y los integrantes del Grupo de Investigación Salud de la Mujer que directa e indirectamente han participado en el diseño y elaboración del proyecto, en el trabajo de campo, en la tabulación y en el análisis de los datos declaran no tener conflicto de interés alguno.

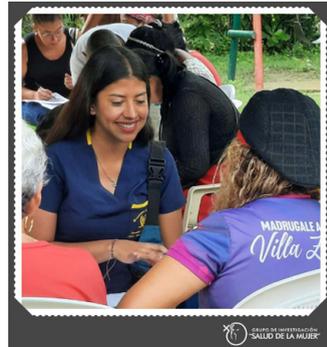
El autor del presente libro declara que no tiene potenciales conflictos de interés con respecto a la investigación, la autoría de los documentos y/o con la publicación. El autor del libro es investigador de aspectos preventivos y terapéuticos del climaterio y la menopausia. Para el presente libro no ha recibido influencias, subvenciones ni ha suscrito ningún tipo de vinculación o contrato con la industria farmacéutica. No se realiza descripción, información, ni sugerencias sobre productos farmacéuticos.

Los directivos de la Universidad de Cartagena, Colombia, entidad que ha financiado la realización del proyecto que da origen a este libro, no participaron en el diseño del estudio, organización del trabajo de campo, conservación o análisis de los datos, ni en la redacción de los documentos finales destinados a publicación científica o a las actividades de apropiación social del conocimiento.

Se entrega la siguiente declaración de disponibilidad de datos. Toda la información requerida sobre el protocolo del estudio y los datos recopilados se pondrá a disposición de otros investigadores que proporcionen una propuesta metodológicamente sólida a petición razonable. Solo se permitirá el análisis requerido para alcanzar los objetivos de la propuesta aprobada. Las propuestas deben dirigirse a alvaromonterrosa@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

El autor del libro desea agradecer a las mujeres que aceptaron y participaron en el estudio. A la psicóloga María Angélica Gómez Bello, a las señoras Mary Cielo Blanco, Mabel Vergara Borja, Ana Isabel Castro Lagares, Judith Ramos Vásquez y Ana María Machacón, por su dedicación en la coordinación, planificación logística, aplicación de los cuestionarios y custodia de elementos físicos o digitales que hicieron parte del proyecto de investigación. Además, agradecemos a las asociaciones comunitarias, centro de adultos mayores, grupos de mujeres y muchas personas anónimas que contribuyeron en la aplicación de los cuestionarios.



Agradecimiento a los integrantes del Grupo de Investigación Salud de la Mujer: Geraldine Romero Martínez, Verónica Daza Daza, Camila Castro



Barraza, Angie Rosales Becerra, Virginia Romero Gutiérrez, María Belén Quintero Posada, Angelica María Guzmán Crespo y Julián Linero Sará, y a jóvenes de otras cohortes de integrantes, quienes en distintos periodos de tiempo, con diferente



dedicación y en calidad de estudiantes de Medicina e integrantes del semillero FEM-SALUD, tuvieron y aprovecharon la oportunidad para aprender sobre las diferentes etapas de un proyecto de investigación, realizaron entrenamiento en búsqueda y selección bibliográfica, realizaron ejercicios de análisis estadístico y adelantaron algunas tareas iniciales de escritura científica, participaron en talleres presenciales o virtuales de argumentación o en el levantamiento de los borradores iniciales de algunos fragmentos del textos.

Algunas frases o párrafos entregadas por los integrantes en diferentes labores de escritura sirvieron de base o elemento inicial para la argumentación de apartes del contenido del libro, no obstante, ninguno de los integrantes del semillero participó en la estructuración final de la línea editorial del texto, ni en la creación del hilo conductor narrativo utilizado, ni en los mensajes académicos que finalmente fueron incorporados.



Este libro reúne contenidos conceptuales, metodológicos y análisis estadísticos articulados y derivados de la ejecución del estudio CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas). Ofrece una visión panorámica de la salud mental de las mujeres afrodescendientes climatéricas del Caribe colombiano. Además, recopila datos relacionados con aspectos formativos, prácticas, talleres y ejercicios sobre búsqueda bibliográfica, depuración de bases de datos, análisis estadístico, escritura científica de borradores, creación de gráficas y primeras aproximaciones escriturales. Todo ello se desarrolló en el marco de la estructuración y capacitación en metodología de la investigación, brindada a los integrantes del semillero de investigación FEM-SALUD, el cual forma parte del Grupo de Investigación Salud de la Mujer, avalado por la Universidad de Cartagena y categorizado por MinCiencias.

ISBN: 978-628-7798-03-8



GRUPO DE INVESTIGACIÓN
SALUD DE LA MUJER



**Universidad
de Cartagena**
Fundada en 1827