



Climaterio y calidad de sueño: interacción entre la biología, el territorio y la diversidad étnica en Colombia



Álvaro Monterrosa-Castro
Profesor Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena – Colombia
Director Grupo de Investigación
Salud de la Mujer
amonterrosac@unicartagena.edu.co



Sandra Vanegas-Bolaños
Médica - Epidemióloga
Integrante del Grupo de Investigación
Salud de la Mujer
sandravanegasb.md@gmail.com



El sueño es una necesidad biológica fundamental para la recuperación del cuerpo y la mente. Es un estado reversible de disminución de la consciencia en el que se reduce de manera normal la actividad motora y sensorial, que caracteriza la condición de vigilia. El sueño permite que el organismo descanse, se repare y mantenga su equilibrio físico y emocional.

En promedio, los seres humanos pasan cerca de un tercio de su vida durmiendo. Lejos de ser tiempo perdido, este periodo es un requisito básico para múltiples procesos biológicos: desde funciones cerebrales y metabólicas hasta la regulación hormonal,

la reparación estructural y el fortalecimiento del sistema inmunológico. Además, el sueño es indispensable para el equilibrio psicológico y para mantener una buena salud mental.

El sueño es un proceso complejo que se evalúa a través de cinco características. La duración corresponde al tiempo total que una persona permanece dormida. La latencia es el intervalo entre acostarse y lograr conciliar el sueño. La eficiencia refleja la proporción entre el tiempo que se pasa en cama y el tiempo efectivamente dormido. El impacto diurno se refiere al nivel de vitalidad y funcionamiento durante el día después de dormir.

Finalmente, la calidad subjetiva del sueño expresa el grado de satisfacción personal con la experiencia de dormir.

Dormir cumple múltiples funciones esenciales para el organismo. Durante el sueño se restablecen las reservas de energía, se ajustan los mecanismos de termorregulación y se regulan hormonas, enzimas y diversas sustancias bioquímicas. También se eliminan radicales libres acumulados durante la vigilia, se restauran las actividades de la corteza cerebral y se consolidan la memoria y los procesos de aprendizaje. En conjunto, estas funciones son fundamentales para la salud y favorecen numerosos aspectos del bienestar cotidiano.

Existen diversas alteraciones del sueño relacionadas tanto con su estructura como con su duración, y entre ellas el insomnio es la más frecuente. El DSM-5-TR define el insomnio como la insatisfacción en la calidad o cantidad del sueño, sumado a una o más de las siguientes situaciones: dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño y despertar temprano con incapacidad para volver a dormir. Deben ocurrir al menos 3 noches por semana, al menos durante 3 meses y causar malestar clínicamente significativo, que no sea secundario a medicamentos o sustancias. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud, añade un elemento clave: el impacto diurno. Cuando el sueño de la noche anterior no es adecuado, la persona puede presentar fatiga, malestar significativo y deterioro

“ Durante el sueño se restablecen las reservas de energía, se ajustan los mecanismos de termorregulación y se regulan hormonas, enzimas y diversas sustancias bioquímicas. También se eliminan radicales libres acumulados durante la vigilia, se restauran las actividades de la corteza cerebral y se consolidan la memoria y los procesos de aprendizaje ”

en su funcionamiento social, laboral o en otras áreas de la vida cotidiana.

El insomnio y otros trastornos del sueño —como la apnea del sueño, el síndrome de piernas inquietas, la somnolencia diurna excesiva, la hipersomnia y otros— generan un deterioro significativo en las relaciones sociales y pueden favorecer conductas agresivas. También se asocian con alteraciones cardiovasculares y metabólicas, así como con un deterioro del funcionamiento mental y una percepción más negativa del propio estado de salud. En conjunto, estas alteraciones afectan de manera directa el bienestar, la satisfacción personal y la felicidad, con repercusiones que se extienden al entorno familiar y social.

El ciclo sueño–vigilia y sus alteraciones deben analizarse más allá de los aspectos estrictamente biológicos. Factores sociales, ambientales, culturales y étnico-raciales también influyen de manera decisiva en la calidad del sueño. Está ampliamente reconocido que las dimensiones étnicas y raciales impactan el funcionamiento biopsicosocial de las personas, por lo que resulta

fundamental incorporar estas consideraciones en la evaluación y en el abordaje clínico de la calidad de sueño.

Aunque recientemente concluyó el Decenio Internacional para los Afrodescendientes (2015–2024), promovido por la Organización de las Naciones Unidas, persiste la necesidad de fortalecer escenarios que promuevan la igualdad, el reconocimiento, la justicia y el desarrollo para las poblaciones de ascendencia africana en todo el mundo. En el continente americano, se estima que alrededor de 200 millones de personas se identifican como afrodescendientes. Los países con mayor proporción de esta población son, en orden de frecuencia: Haití, Brasil, Cuba, República Dominicana, Panamá, Colombia, Costa Rica y Perú.

De manera paralela, también han surgido iniciativas —aunque de menor escala— orientadas a acciones similares en poblaciones amerindias. Según el informe Derechos y Desarrollo de las Poblaciones Indígenas de la CEPAL (2022), en América Latina se estimaban alrededor de 58,5 millones de personas indígenas, lo que representa

aproximadamente el 10,4% de la población regional. Esta población se distribuye principalmente en los siguientes países, en orden de frecuencia: México, Perú, Bolivia, Guatemala, Colombia, Ecuador, Chile y Brasil.

Las necesidades sanitarias, la higiene, el saneamiento básico, la prevención de enfermedades y la promoción del bienestar deben ocupar un lugar central en las políticas dirigidas a las comunidades indígenas y afrodescendientes de América Latina. Estos grupos, históricamente expuestos a contextos de discriminación estructural y vulnerabilidad social, enfrentan barreras persistentes para acceder a servicios de salud de calidad. A pesar de su peso demográfico y cultural, con frecuencia son catalogados —de manera errónea o incluso intencional— como poblaciones “minoritarias”, lo que contribuye a invisibilizar sus necesidades y a perpetuar inequidades. Reconocer y atender estas desigualdades es indispensable para garantizar el derecho a la salud y avanzar hacia sociedades más justas y equitativas.



Las diferencias en el sueño entre grupos étnicos y raciales adquieren una relevancia aún mayor cuando se analizan en mujeres, especialmente durante la transición menopáusica. Diversos estudios han mostrado que las mujeres afrodescendientes y amerindias no solo duermen menos, sino que además presentan mayor fragmentación del sueño, más despertares nocturnos y peor calidad subjetiva del descanso en comparación con mujeres blancas.

La evidencia es contundente. En un estudio amplio que evaluó a adultos mediante polisomnografía, las personas afroamericanas durmieron 28 minutos menos por noche que las personas

blancas. Con autorreporte, la diferencia fue de 15,1 minutos menos. Estudios recientes indican que las personas afrodescendientes tienen entre 30 y 60% más probabilidad de dormir menos de 6 horas por noche y hasta el doble de riesgo de presentar sueño fragmentado. En mujeres, estas brechas se incrementan. Entre las conclusiones de un gran estudio norteamericano se incluyó que las mujeres afroamericanas tienen hasta 3 veces más probabilidad de presentar insomnio crónico durante la menopausia, y también que la eficiencia del sueño puede ser 5 a 10% menor que en las mujeres blancas. Estas diferencias no se explican por factores biológicos, sino por determinantes sociales y ambientales: mayor exposición al ruido urbano, inseguridad en los barrios, discriminación estructural, estrés crónico, menor acceso a servicios especializados del sueño y mayor carga de trabajo remunerado y no remunerado.

En el caso de las mujeres latinoamericanas afrodescendientes y amerindias, estos factores se combinan con desigualdades de género, dando a lugar a una “doble carga” que afecta de manera directa la calidad del sueño durante la menopausia.

En Colombia, el Grupo de Investigación Salud de la Mujer ha documentado patrones similares de desigualdad en el sueño entre mujeres afrodescendientes e indígenas, especialmente durante la transición menopáusica. Estos estudios han mostrado que las mujeres afrodescendientes presentan una mayor frecuencia de insomnio,

“ La transición menopáusica, ya de por sí asociada con insomnio, despertares nocturnos y sofocos, se vuelve más compleja en contextos de inequidad racial y social ”

despertares nocturnos y sueño no reparador, con prevalencias que pueden superar el 40% en algunas comunidades del Caribe colombiano. En poblaciones indígenas, particularmente entre los Zenués y comunidades del trapecio amazónico, al sur del país, se han identificado tasas elevadas de sueño corto (<6 horas), asociadas a condiciones de vivienda, sobrecarga laboral y barreras de acceso a servicios de salud. Además, el grupo ha encontrado que las mujeres afrodescendientes tienen hasta el doble de probabilidad de reportar mala calidad del sueño durante la menopausia en comparación con mujeres mestizas, mientras que las mujeres indígenas refieren un mayor impacto diurno, fatiga persistente y dificultades para mantener la vitalidad cotidiana. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar la perspectiva étnica y territorial en la evaluación del sueño y en el abordaje clínico de la menopausia en Colombia. La transición menopáusica, ya de por sí asociada con insomnio, despertares nocturnos y sofocos, se vuelve más compleja en contextos de inequidad racial y social. Por ello, comprender estas brechas es fundamental para diseñar intervenciones de salud pública que reconozcan la intersección entre género, etnia y determinantes sociales, y que permitan mejorar el sueño y la calidad de vida de millones de mujeres en la región.

En la misma línea, otras valoraciones norteamericanas han mostrado que las personas de raza negra tienen mayores probabilidades de presentar sueño corto, mala calidad del sueño y

somnolencia diurna excesiva en comparación con las personas blancas. Este patrón también se observa en otros grupos: los hispanoamericanos y los asiático-americanos presentan una mayor probabilidad de sueño corto que los blancos, lo que evidencia una tendencia consistente entre diversas comunidades étnicas y raciales. Incluso con métodos objetivos como la actigrafía de muñeca —menos utilizada que la polisomnografía, pero útil para estimar duración y eficiencia del sueño— se han documentado diferencias claras: los afroamericanos duermen en promedio 5,9 horas por noche frente a 6,3 horas en los estadounidenses blancos, y presentan una eficiencia del sueño menor (79% vs. 83%). También es necesario señalar que las personas de raza negra suelen presentar mayor latencia del sueño que las personas asiáticas, latinas y blancas. Además, el insomnio subjetivo es más frecuente entre afrodescendientes, con prevalencia del 12% en poblaciones adultas afrodescendientes frente al 9% en personas blancas.

Los datos del National Health Interview Survey refuerzan esta brecha. Al día siguiente, independientemente de las horas dormidas, solo el 19% de las personas de raza negra reportaron sentirse descansadas, frente al 23% de las personas blancas. Esta diferencia en la percepción de descanso sugiere que no solo se duerme menos, sino que el sueño es menos reparador, con implicaciones directas en el rendimiento, la salud

“La disminución progresiva de estrógenos, a consecuencia del envejecimiento ovárico o del agotamiento folicular, altera los mecanismos neuroendocrinos que regulan el sueño y favorece la aparición de insomnio, despertares nocturnos y sueño no reparador”

mental y el bienestar general. En conjunto, tanto la evidencia norteamericana como los hallazgos colombianos muestran que las desigualdades en el sueño no son fenómenos aislados, sino expresiones de determinantes sociales, ambientales y estructurales que afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos étnicos y raciales.

En las mujeres, los ciclos hormonales de la etapa reproductiva modifican los patrones de sueño y se articulan estrechamente con el ritmo circadiano. Las fluctuaciones de estrógenos y progesterona influyen

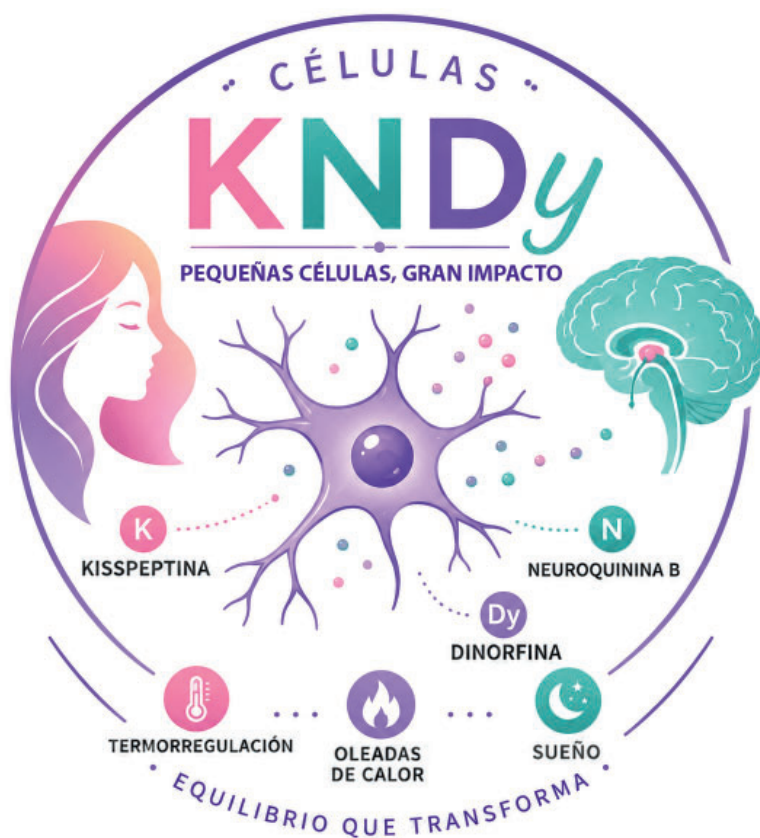
en la latencia del sueño, la continuidad del descanso y la percepción de calidad. Durante el climaterio, estas variaciones se intensifican. La disminución progresiva de estrógenos, a consecuencia del envejecimiento ovárico o del agotamiento folicular, altera los mecanismos neuroendocrinos que regulan el sueño y favorece la aparición de insomnio, despertares nocturnos y sueño no reparador. Por ello, las alteraciones del sueño se consideran uno de los síntomas más frecuentes de la menopausia y un marcador clínico relevante del final de la etapa reproductiva.

Los mecanismos por los cuales el climaterio altera el ciclo sueño-vigilia son múltiples. En primer lugar, los cambios hormonales —especialmente la caída de estrógenos y progesterona— modifican la arquitectura del sueño y reducen la estabilidad del ritmo circadiano. A ello se suman los disturbios vasomotores característicos de la transición menopáusica, como sofocos y sudoraciones nocturnas, que

fragmentan el sueño. Recientemente se ha descrito el papel de las neuronas KNDy y las neuroquininas para explicar la relación entre las oleadas de calor y los problemas de sueño. También pueden intervenir afectando la conciliación y la continuidad del sueño, los espasmos musculares, calambres, sequedad vaginal, alteraciones del control vesical y condiciones psicopatológicas como ansiedad y síntomas depresivos.

La edad cronológica y la edad del establecimiento de la menopausia incrementan la vulnerabilidad al insomnio, la apnea obstructiva del sueño y la somnolencia diurna excesiva. Estos cambios reflejan la interacción entre endocrinología, envejecimiento y determinantes psicosociales. El climaterio constituye un periodo de especial sensibilidad para el sueño, donde convergen mecanismos biológicos, síntomas vasomotores y factores emocionales que alteran la calidad del descanso y repercuten en la vitalidad diurna.

El proyecto Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas (CAVIMEC) del Grupo de Investigación Salud de la Mujer evaluó a 1.078 mujeres entre 40 y 59 años mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y encontró que el 57,1% presentaba mala calidad del sueño. Esta cifra coincide con estudios latinoamericanos que muestran que los problemas de sueño durante el climaterio son un fenómeno regional. En otro de los estudios del grupo, con 1.325 mujeres de tres etnias —mestizas, afrodescendientes e indígenas— la prevalencia de insomnio subjetivo fue del 27,5%, con diferencias relevantes: 29,9% en mestizas, 24,8% en afrodescendientes y 20,4% en indígenas. Estas variaciones reflejan diferencias en condiciones de vida, acceso a servicios de salud, carga laboral y exposición a estrés.



En estudios realizados por el Grupo de Investigación Salud de la Mujer en poblaciones del Pacífico colombiano, las mujeres afrodescendientes participantes que eran residentes en zonas marginadas presentaron frecuencias aún mayores de alteraciones del sueño, a las identificadas en otras regiones colombianas. Además, todas las dimensiones de la Menopause Rating Scale fueron más frecuentes entre las mujeres con insomnio, lo que indica que el sueño alterado amplifica el malestar menopáusico, o sea los síntomas de la menopausia. Estas mujeres enfrentan una triple carga: los cambios endocrinos propios del climaterio, la vulnerabilidad social y económica del contexto, y la mayor probabilidad de alteraciones del sueño. Este escenario subraya la necesidad de intervenciones culturalmente pertinentes, con enfoque étnico y territorial, que reconozcan la complejidad de la experiencia menopáusica en estas comunidades.

“ La edad cronológica y la edad del establecimiento de la menopausia incrementan la vulnerabilidad al insomnio, la apnea obstructiva del sueño y la somnolencia diurna excesiva ”

En ese último estudio, además, al evaluar los síntomas menopáusicos mediante la Menopause Rating Scale — que incluye oleadas de calor, palpitaciones, irritabilidad, cansancio físico y mental, síntomas depresivos, ansiedad, problemas urinarios, dificultades sexuales, sequedad vaginal y dolores músculo-articulares— observamos un patrón consistente: todos estos síntomas fueron reportados con mayor frecuencia por las mujeres que presentaban insomnio, en comparación con aquellas que no lo tenían. Esto indica que el insomnio no es un síntoma aislado, sino un factor que se relaciona amplificando el malestar menopáusico y aumenta la carga física y emocional del climaterio.

La atención de calidad a la que tiene derecho toda mujer en etapa de climaterio y menopausia exige una evaluación integral de los hábitos y patrones del sueño, de los ciclos sueño –vigilia, de la calidad del descanso y de las alteraciones del sueño junto con sus factores relacionados, precipitantes y causales. Esta valoración debe incluir aspectos médicos fundamentales como la edad de la menopausia, los antecedentes quirúrgicos sobre el aparato reproductor y la presencia de enfermedades crónicas, especialmente las de origen oncológico. La menopausia temprana, precoz y la menopausia quirúrgica, son factores favorecedores de alteración en la calidad del dormir. La salud mental también debe explorarse de manera rigurosa, en especial entre las mujeres que reportan alteraciones del sueño, con el

“ El insomnio no es un síntoma aislado, sino un factor que se relaciona amplificando el malestar menopáusico y aumenta la carga física y emocional del climaterio ”



fin de identificar inestabilidad emocional, cambios de ánimo, síntomas ansiosos o depresivos. La tensión premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual, se deben explorar entre los antecedentes de la etapa reproductiva y de la transición a la menopausia.

Los síntomas de la menopausia deben interrogarse siempre, tanto en su presencia como en su severidad. A ello se suma la necesidad de indagar por determinantes sociales y ambientales, entre ellos la pertenencia étnico-racial. En Colombia y en otras regiones del mundo se ha documentado que existen diferencias en la presencia y severidad de la sintomatología menopáusica —incluyendo los compromisos somato-vegetativos, psicológicos, urogenitales y de calidad de vida— según el grupo étnico o racial al que pertenezca la mujer. Ignorar estas diferencias implica perder información clínica valiosa y perpetuar inequidades en salud.

Para los profesionales de la salud —ginecólogos, internistas, médicos de familia, médicos generales, otorrinolaringólogos, especialistas en medicina del sueño, terapeutas físicos o respiratorios, psiquiatras, psicólogos y odontólogos— el abordaje de una mujer climaterica que consulta por alteraciones del sueño representa un reto clínico, tanto diagnóstico como terapéutico. Siempre debe indagarse por el comportamiento de los ciclos menstruales, la edad de la última menstruación, la presencia de menopausia natural o quirúrgica y la posibilidad de menopausia temprana o precoz. La historia clínica ginecológica no es potestad exclusiva de la ginecología. Todos los profesionales que atienden mujeres, especialmente en la mediana edad y en la adultez mayor, deben explorarla con rigor. La edad de la menopausia, además, es un factor determinante en el deterioro psicobiológico de la mujer y debe ser considerada en toda evaluación.

En las mujeres en climaterio que presentan alteraciones del sueño, estos suelen deberse a uno de tres situaciones principales.

Primero, a modificaciones en la cronobiología del sueño asociadas al incremento de la edad. Segundo, a la presencia de un trastorno primario del sueño de reciente aparición o a la exacerbación de uno previamente existente, diagnosticado o no. Tercero —y probablemente lo más frecuente— a que el insomnio o la fragmentación del sueño constituyan un síntoma de la menopausia, directamente relacionado con el estado progresivo de reducción en la síntesis del estrógeno que caracteriza esta etapa. Los trastornos del sueño de la menopausia reflejan un ambiente hormonal alterado, en el que se combinan desequilibrios en neurotransmisores cerebrales, elevación de hormonas hipofisarias y reducción de hormonas esteroideas ováricas, especialmente el estradiol.



Estos trastornos se articulan con los demás síntomas menopáusicos, se potencian entre sí y tienden a perpetuarse mutuamente.

El abordaje clínico —sustentado en un interrogatorio suficiente y una valoración integral— es el punto de partida para decidir el uso adecuado de herramientas diagnósticas y terapéuticas. En muchos casos, la evaluación

interdisciplinaria permite establecer diagnósticos precisos y evita el uso inapropiado de estudios, intervenciones farmacológicas o no farmacológicas y tecnologías de creciente disponibilidad.

En América Latina, se requieren programas preventivos amplios y una mayor disponibilidad terapéutica para atender a las mujeres en climaterio con

alteraciones del sueño. Además de ser una necesidad médica y sanitaria, se trata de un asunto de equidad y justicia social. F. Scott Fitzgerald escribió: “Parece que el insomnio es diferente para cada uno, al igual que la vida diaria y las aspiraciones”. En el climaterio, esta observación adquiere un sentido particular: el sueño no es solo un fenómeno biológico, sino también un reflejo del contexto social. A su vez, la buena calidad del sueño responde a la autopercepción, al bienestar y a la satisfacción con el estado orgánico del sueño-vigilia, a la historia vital, la identidad étnica y las condiciones de vida propias e individuales de cada mujer. Reconocer las interacciones biopsicosociales que modifican el ritmo circadiano y la arquitectura del sueño, es fundamental para poder ofrecer una atención completa, justa, eficiente y acorde con las necesidades reales que experimentan las mujeres que están en climaterio y menopausia.



El presente blog hace parte del proceso de formación en escritura científica de los integrantes del Grupo de Investigación Salud de la Mujer

Revisión de estilo: Heidy Lucía Monterrosa Blanco

Diseño y diagramación: Álvaro Monterrosa Castro, Martha Barbosa Basto

Ilustraciones realizadas con IA generativa de ChatGPT de OpenAI

Publicaciones sobre este tema y otros que venimos realizando los puede encontrar y descargar libremente en

www.grupodeinvestigacionssaluddelamujer.com

www.grupodeinvestigacionssaluddelamujer.com.co

Para más información: saluddelamujer@unicartagena.edu.co

El presente número se publica con aval



ACMES[®]

Asociación Colombiana de Medicina del Sueño



Síguenos en:

[@GISaludDeLaMujer](https://www.facebook.com/GISaludDeLaMujer)

[@saluddelamujer2000](https://www.youtube.com/saluddelamujer2000)

[@saluddelamujer](https://www.instagram.com/saluddelamujer)

[@GI_SaludMujer](https://twitter.com/GI_SaludMujer)

