



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Vladislavovna-Doubova, Svetlana; Pérez-Cuevas, Ricardo; Reyes-Morales, Hortensia
Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del
Seguro Social

Salud Pública de México, vol. 50, núm. 5, septiembre-octubre, 2008, pp. 390-396
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650507>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social

Svetlana Vladislavovna-Doubova, MC, M en C,^(I) Ricardo Pérez-Cuevas, MC, M en C, Dr SP^(I)
Hortensia Reyes-Morales, MC, M en C, Dr SP^(I)

Vladislavovna-Doubova S, Pérez-Cuevas R, Reyes-Morales H.
Autopercepción del estado de salud
en climatéricas derechohabientes
del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Salud Pública Mex 2008;50:390-396.

Resumen

Objetivo. Evaluar la autopercepción del estado de salud positivo (APES+) o negativo (APES-) de mujeres climatéricas e identificar los factores relacionados con la APES-. **Material y métodos.** Se analizó la información de 9 248 mujeres de 40 a 59 años. Las variables dependientes fueron la APES y las independientes las características generales, antecedentes ginecoobstétricos, enfermedades crónicas, actividad física, participación en programas de detección y educación. Se realizó un análisis descriptivo, bivariado y multivariado. **Resultados.** Una proporción de 42% de las mujeres refirió APES+ y 58% APES-. Los factores vinculados con APES- fueron primaria completa o menos ($RM=1.78$; $IC95\% 1.62-1.95$), no tener trabajo remunerado ($RM=1.20$; $IC95\% 1.09-1.33$), menopausia ($RM=1.22$; $IC95\% 1.11-1.33$), diabetes ($RM=1.88$; $IC95\% 1.65-2.13$), hipertensión ($RM=2.01$; $IC95\% 1.82-2.22$), actividad física irregular ($RM=1.30$; $IC95\% 1.12-1.50$), sedentarismo ($RM=1.395$; $IC95\% 1.23-1.57$), falta de integridad de detección ($RM=0.82$; $IC95\% 0.75-0.89$) y de información sobre el climaterio por parte de los servicios de salud ($RM=1.17$; $IC95\% 1.07-1.28$). **Conclusión.** Los factores relacionados con APES- son múltiples y algunos, como la información acerca del climaterio y la actividad física, deben fortalecerse.

Palabras clave: climaterio; autopercepción de salud; factores de riesgo; México

Vladislavovna-Doubova S, Pérez-Cuevas R, Reyes-Morales H.
Self-rated health
among climacteric women affiliated
to Instituto Mexicano del Seguro Social.
Salud Pública Mex 2008;50:390-396.

Abstract

Objective. To evaluate self-rated health (SRH) in climacteric women and to identify the factors associated with negative SRH. **Material and Methods.** Information from 9 248 women aged 40 to 59 years was analyzed. SRH was the dependent variable. Independent variables were demographic characteristics, history of reproductive and chronic diseases, physical activity, and participation in screening and health education programs. Data were analyzed using descriptive statistics, bivariate analysis, and logistic regression modeling.

Results. Forty-two percent of women reported positive SRH and 58% reported negative SRH. Factors associated with negative SRH were: low literacy level (OR 1.78, CI95% 1.62-1.95), unemployment (OR 1.20, CI95% 1.09-1.33), menopause (OR 1.22, CI95% 1.11-1.33), type 2 diabetes (OR 1.88, CI95% 1.65-2.13) hypertension (OR 2.01, CI95% 1.82-2.22), irregular physical exercise (OR 1.30, CI95% 1.12-1.50), sedentarism (OR 1.395, CI95% 1.23-1.57), lack of information about climacteric (OR 1.17, CI95% 1.07-1.28) and lack of screening for chronic diseases (OR 0.82, CI95% 0.75-0.89). **Conclusion.** Factors associated with negative SRH such as lack of information and physical activity should be strengthened.

Keywords: climacteric women; self-rated health; risk factors; Mexico

(I) Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF, México.

Fecha de recibido: 17 de septiembre de 2007 • Fecha de aceptado: 11 de abril de 2008
Solicitud de sobretiros: Dra. Svetlana Vladislavovna Doubova. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Cuauhtémoc 330, col. Doctores. 06725, México, DF, México.
Correo electrónico: svetlana.doubova@imss.gob.mx

La autopercepción del estado de salud (APES) es un indicador subjetivo; empero, es una aproximación confiable del estado de salud global y un componente importante de la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud lo ha recomendado para la conducción de estudios epidemiológicos.¹ Se ha descrito que existe una relación directa entre la APES y la mortalidad. La autopercepción buena o excelente acerca de la salud se relaciona con una mayor sobrevida, mientras que la APES negativa se vincula con un riesgo mayor de mortalidad.²⁻⁴ La APES depende de las condiciones de salud, trabajo y estilo de vida;^{5,6} por ejemplo, la presencia de dolor,⁷ obesidad^{8,9} y enfermedades crónicas^{10,11,12} se acompaña de cambios negativos en la APES. Por el contrario, una mayor educación, estilos de vida saludables, como la realización de actividad física, cesación del tabaquismo y dieta sana se vinculan con una mejor percepción del estado de salud.¹³⁻¹⁶

La medición de la APES en las mujeres climatéricas ha adquirido relevancia debido a las consecuencias de los cambios fisiológicos en este periodo de la vida de la mujer. El climaterio abarca dos a ocho años antes y después de la última menstruación y comprende la premenopausia, la menopausia y la posmenopausia; esta etapa varía de los 40 a los 59 años y depende de la edad del término de la menstruación.¹⁷

Durante el climaterio, la mujer se expone a un espectro diferente de riesgos y problemas de salud, en virtud de la disminución progresiva de las hormonas ováricas y el envejecimiento del organismo. Entre los problemas de salud se pueden mencionar la atenuación de la densidad de la masa ósea, el propio síndrome climatérico que incluye síntomas vasomotores, trastornos de la sexualidad y síntomas vaginales y, en cuanto al riesgo, éste aumenta sobre todo en las enfermedades crónicas y degenerativas.^{18,19} Todo ello afecta la percepción del estado de salud y otros componentes de la calidad de vida de las mujeres en esta etapa.^{20,21}

En México, la mayoría de los estudios realizados en mujeres climatéricas se enfoca en la edad de aparición de la menopausia,^{22,23} su conocimiento del tema²⁴ y las enfermedades que ocurren con más frecuencia durante esta etapa;^{25,26} no obstante, se carece de información acerca de la APES y los factores relacionados con la autopercepción negativa.

Con el fin de contribuir al conocimiento de este tema, el presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la autopercepción del estado de salud de las mujeres derechohabientes de IMSS en la etapa de climaterio, así como identificar los factores relacionados con una percepción negativa del estado de salud.

Material y métodos

Este estudio es un análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Nacional de Coberturas del Instituto Mexicano del Seguro Social (Encoprevenimss-2003), la cual incluyó a la población afiliada a esta institución y cuya metodología ya se publicó con anterioridad.²⁷ El objetivo de la Encoprevenimss 2003 fue evaluar los avances de los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS, que realizan acciones de educación, prevención y promoción de la salud y se enfocan en grupos de edad específicos: niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores.

En el grupo de mujeres de 20 a 59 años de edad, Encoprevenimss 2003 entrevistó a 22 165 mujeres en visitas domiciliarias, aplicó un cuestionario estructurado y registró el informe de acciones de la Cartilla de Salud y citas médicas. Para los fines de este estudio se analizó la información de 9 248 mujeres de 40 a 59 años de edad.

Se consideró como variable dependiente la percepción acerca del estado de salud, la cual se midió con la pregunta: “¿En general usted diría que su salud es: a) excelente; b) muy buena; c) buena; d) regular e) mala?” Las respuestas permitieron clasificar a las mujeres en dos grupos, uno con autopercepción de salud negativa (APES-), en el que se incluyeron las categorías regular o mala, y otro con autopercepción de salud positiva (APES+), integrado con las categorías excelente, muy buena y buena.

Las variables independientes fueron: a) características generales: edad clasificada en dos grupos: de 40 a 49 años y de 50 a 59 años; estado civil: casadas –incluida la unión libre– y solteras –incluidas las divorciadas o las separadas–; escolaridad categorizada en primaria completa o menos y secundaria o más; y ocupación: con o sin trabajo remunerado; b) antecedentes gineco-obstétricos: embarazos y edad de la menopausia, si ésta había ocurrido. Se consideró la menopausia cuando la mujer declaró tener al menos un año transcurrido desde la última menstruación; c) diagnóstico médico de enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes tipo 2; d) actividad física clasificada como regular (tres o más veces por semana), irregular (entre uno y tres veces por semana) o sedentarismo.²⁸

Además, se construyeron dos variables compuestas: integridad de información e integridad de detección, que se describen a continuación.

Para la construcción de la variable *integridad de información*, se preguntó si la persona había recibido la información que, de acuerdo con PREVENIMSS, debe proporcionarse a las mujeres de 40 a 59 años acerca

de los seis temas más importantes para esta etapa: a) climaterio y menopausia; b) alimentación; c) ejercicio físico; d) autoexploración de mama; e) higiene de la boca; y f) prevención de accidentes. Se consideró integridad de información cuando la mujer respondió que había recibido la información de cuatro o más temas y falta de integridad cuando la recibió de tres o menos temas.

La variable *integridad de detección* se construyó de acuerdo con las recomendaciones del PREVENIMSS, según las cuales las mujeres de 40 a 59 años deben realizar cada año las siguientes mediciones y detecciones: a) peso; b) circunferencia de cintura; c) hipertensión arterial; d) diabetes; e) cáncer de mama, que incluye autoexploración y exploración clínica; f) cáncer cervicouterino (cada tres años); y g) estatura (sin intervalo específico). Las mediciones de peso, estatura y circunferencia de cintura se utilizaron para reconocer el sobrepeso o la obesidad. Para clasificar la variable se analizó el registro de estas detecciones y la fecha de la última detección y se categorizó con los siguientes valores de corte: para las mujeres sin enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión), cinco o más detecciones; para las mujeres con una enfermedad crónica, cuatro o más detecciones (sin incluir la detección de acuerdo con el padecimiento correspondiente); y para las mujeres con dos enfermedades crónicas, tres o más detecciones.

Análisis estadístico

El análisis descriptivo consistió en determinar la mediana, intervalos mínimo y máximo de las variables edad actual y edad a la menopausia, en tanto que el resto de las variables fueron categóricas, por lo que se determinó su frecuencia relativa y absoluta.

Las características entre los dos grupos (mujeres con APES negativa y APES positiva) se analizaron con la prueba de la ji cuadrada. Con las variables de interés se realizó un análisis bivariado para obtener las razones de momios (RM) crudas con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%); a continuación, y para calcular los factores relacionados con la APES negativa, se construyó un modelo de regresión logística a partir del modelo saturado en el que se incluyeron las variables conceptual o estadísticamente significativas al realizar el análisis bivariado. Se exploró la correlación entre las variables independientes y los posibles términos de interacción. El modelo se ajustó por la edad. Se definió el valor de $p < 0.05$ como significativo en términos estadísticos. El análisis se realizó con el paquete estadístico Stata 8.0 (Stata 8.0, Stata Corp; College Station, TX).

Resultados

Del total de entrevistadas, 3 883 mujeres (42.8%) refirieron APES positiva: 1.5% fue excelente, 3% muy buena y 37.3% buena; 5 365 (57.2%) refirieron APES negativa: 52.2% con percepción regular y 5.8% con mala.

La mediana de edad de las mujeres con APES negativa fue ligeramente mayor de 50 años, en comparación con el grupo de APES positiva (48 años). La mayoría de ellas mostró escolaridad baja (primaria completa o menos) y no tuvo trabajo remunerado. En este mismo grupo de APES negativa fueron más las mujeres menopáusicas, con una mediana de edad de ocurrencia de la menopausia de 47 años, y una mayor proporción padecía hipertensión arterial o diabetes tipo 2. En cuanto a la actividad física, las mujeres con APES positiva refirieron realizar actividad física regular en una mayor proporción, mientras que las mujeres con APES negativa notificaron sedentarismo más frecuente (cuadro I).

El análisis de la información acerca del climaterio, de la menopausia y sus cuidados reflejó que las mujeres con APES negativa fueron las menos informadas. Sólo 44.2% de ellas tenía integridad de información en contraste con 50.7% de las mujeres con APES positiva. Ambos grupos mencionaron que recibieron información referente a la autoexploración de mama y alimentación saludable, aunque sólo cuatro de cada 10 mujeres recibieron información sobre el climaterio y la menopausia.

En cuanto a la participación en los programas de detección, las mujeres con APES negativa tuvieron una mayor integridad de las detecciones. El reconocimiento del cáncer cervicouterino fue la más frecuente en ambos grupos y la menos frecuente la medición de cintura, seguida por la exploración clínica de mama (cuadro II).

En el análisis bivariado, padecer hipertensión o diabetes tuvo las mayores razones de momios crudas para APES negativa, seguido por la baja escolaridad (cuadro III).

El modelo multivariado final reflejó que la morbilidad, en particular sufrir hipertensión arterial o diabetes, mantuvo su relación con APES negativa, así como la baja escolaridad, no tener trabajo remunerado, sedentarismo, presentar menopausia y no recibir información por parte de servicios; en cambio, la falta de integridad en la detección resultó ser un factor protector para una autopercepción negativa (cuadro IV). No existieron términos de interacción significativos en el análisis.

Cuadro I

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA
DE ACUERDO CON LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO
DE SALUD. ENCUESTA NACIONAL DE COBERTURAS
DEL IMSS, 2003**

Variables	APES positiva n=3 883	APES negativa n=5 365
	(%)	(%)
Características generales		
Edad*, años, mediana (mínimo, máximo)	48 (40, 59)	50 (40, 59)
Grupos de edad*		
40-49 años	59.6	50
50-59 años	40.4	50
Estado civil		
Casada o unión libre	78.3	78.7
Separada o soltera	21.7	21.3
Nivel de escolaridad*		
Primaria completa o menos	50.2	68.6
Secundaria o más	49.8	31.4
Trabajo remunerado*	30.8	22.5
Antecedentes ginecoobstétricos		
Antecedente de embarazos	96.1	97
Presentó menopausia*	37.2	48
Edad de la menopausia, años, mediana (mínimo, máximo)	47 (30,55)	46 (30,55)
Enfermedades crónicas		
Hipertensión arterial*	21.1	38.4
Diabetes mellitus tipo 2*	10.2	21.5
Actividad física*		
Regular	19.1	14.3
Irregular	18.5	17.7
Sedentarismo	62.4	68

* p<0.05

Cuadro II

**INFORMACIÓN RECIBIDA Y PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS
DE DETECCIÓN DE ACUERDO CON LA AUTOPERCEPCIÓN
DEL ESTADO DE SALUD. ENCUESTA NACIONAL
DE COBERTURAS DEL IMSS, 2003**

Variables	APES positiva n=3 883	APES negativa n=5 365
	(%)	(%)
I. Información sobre		
1. Climaterio y menopausia*	39.8	36.7
2. Alimentación*	68.6	66.6
3. Ejercicio	53.3	51.9
4. Autoexploración de mama*	78.1	75.1
5. Higiene bucal*	63.3	55.8
6. Prevención de accidentes*	42.8	35.5
Integridad de información*		
Sí	50.7	44.2
No (falta de integridad de información)	49.3	55.8
II. Participación en los programas de detección‡		
1. Medición del peso*	70	77.2
2. Medición de la estatura*	58.4	61.6
3. Medición de la cintura *	8.8	6.9
4. Autoexploración de mama*	69.9	66
5. Exploración clínica de mama	43.8	43.7
6. Detección de cáncer cervicouterino*	71.5	73.7
7. Detección de diabetes* (sin diagnóstico previo)	n=3 488	n=4 210
	40.8	45.7
8. Detección de HTA* (sin diagnóstico previo)	n=3 059	n=3 305
	58.8	65.4
§Integridad de las detecciones*	n=3 883	n=5 365
Sí	55.6	59.2
No (falta de integridad de detecciones)	44.4	40.8

* p<0.05

‡ Se refiere a las detecciones en el último año, excepto la detección del cáncer cervicouterino (últimos tres años) y la medición de la talla (sin especificar la fecha)

§ Integridad de detección con los siguientes valores de corte: para las mujeres sin enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión): cinco o más detecciones; para las mujeres con una enfermedad crónica: cuatro o más detecciones; y para las mujeres con dos enfermedades crónicas: tres o más detecciones

Discusión

El presente estudio encontró que entre las mujeres mexicanas derechohabientes del IMSS en etapa del climaterio menos de la mitad percibía su salud de manera positiva. Esta cifra es más baja que la descrita en diferentes estudios realizados en otros países, en los cuales el porcentaje de las mujeres con APES positiva fue

de 72 a 76%.^{12,15} Sin embargo, es importante reconocer que estos resultados provienen de poblaciones de países desarrollados cuyas características son diferentes a las de la población mexicana y cuyo entorno tal vez les

Cuadro III
FACTORES RELACIONADOS CON LA AUTOPERCEPCIÓN
NEGATIVA DEL ESTADO DE SALUD. ANÁLISIS BIVARIADO.
ENCUESTA NACIONAL DE COBERTURAS DEL IMSS, 2003

Variables	Categoría de referencia	Razón de momios cruda	Intervalo de confianza al 95%
Características generales			
Grupos de edad			
40-49 años	I		
50-59 años		1.48	1.30-1.61
Estado civil			
Unión libre		I	
Separadas o solteras		0.97	0.88-1.08
Nivel de escolaridad			
Secundaria o más		I	
Primaria completa o menos		2.16	1.99-2.36
Trabajo remunerado			
Sí		I	
No		1.53	1.39-1.68
Antecedentes ginecoobstétricos			
Antecedente de embarazos			
Sí		0.76	0.60-0.95
No o se ignora	I		
Presentó menopausia			
No	I		
Sí		1.56	1.43-1.69
Antecedentes de enfermedades crónicas			
Hipertensión arterial			
No o se ignora	I		
Sí		2.31	2.10-2.54
Diabetes mellitus tipo 2			
No o se ignora	I		
Sí		2.42	2.14-2.74
Actividad física			
Regular	I		
Irregular		1.28	1.11-1.47
Sedentarismo		1.45	1.29-1.63
Integridad de la información			
Sí	I		
No (falta de integridad de información)		1.29	1.19-1.41
Integridad de la detección			
Sí	I		
No (falta de integridad de detecciones)		0.86	0.79-0.93

Cuadro IV
FACTORES RELACIONADOS CON LA AUTOPERCEPCIÓN
NEGATIVA DE ESTADO DE SALUD. ANÁLISIS DE REGRESIÓN
LOGÍSTICA. ENCUESTA NACIONAL DE COBERTURAS
DEL IMSS, 2003

Variables	Razón de momios*	Intervalo de confianza al 95%
Escolaridad primaria completa o menos	1.78	1.62-1.95
No tener trabajo remunerado	1.20	1.09-1.33
Menopausia	1.22	1.11-1.33
Padecer diabetes	1.88	1.65-2.13
Padecer hipertensión arterial	2.01	1.82-2.22
Actividad física irregular	1.30	1.12-1.50
Sedentarismo	1.39	1.23-1.57
Falta de integridad de información	1.17	1.07-1.28
Falta de integridad de detecciones	0.82	0.75-0.89

* Ajustado por edad

ofrece mejor calidad de vida y mejor acceso a la atención para mantener su salud.

En relación con el mayor porcentaje de mujeres con APES negativa, los factores relacionados comprenden aspectos sociales (escolaridad, trabajo remunerado), estilo de vida (realización de actividad física), el estado de salud (padecer alguna enfermedad crónica) y los servicios preventivos de salud (información y detección para este grupo específico de edad). La diversidad de estos factores refleja que no existen límites precisos entre los aspectos sociales, el estilo de vida y los referentes al estado de salud o los servicios de salud y que, en suma, estos factores se conjugan en mayor o menor grado para que las mujeres tengan una percepción determinada de su estado de salud.^{7,11,12}

Algunos de los factores relacionados con la APES negativa son modificables, lo que quizás puede contribuir a mejorar la autopercepción y, en consecuencia, el estado de salud. Por ejemplo, el sedentarismo o el ejercicio físico irregular son un factor modificable. Tan sólo la cuarta parte de las mujeres refirió que practicaba actividad física con regularidad. Este hallazgo sugiere la necesidad de que se identifique si la mujer realiza ejercicio y que se incluya la promoción de éste como parte de las medidas para reducir el riesgo y como contenido de las actividades de educación. Esto puede influir de modo positivo para atenuar el sedentarismo, cuyo riesgo para la aparición de enfermedades crónicas y mortalidad se ha reconocido de forma amplia.^{29,30}

Otro factor modificable es la información acerca de la prevención y los cuidados de la menopausia. En el estudio destacó la baja proporción de mujeres que habían recibido información referente al climaterio y menopausia y que esta falta de información también se vinculó con APES negativa; esto permite inferir que la falta de dicha información puede tener una repercusión negativa en la percepción del estado de salud. Se ha notificado que el conocimiento del climaterio y sus cuidados contribuye a cambiar en grado favorable el estilo de vida de las mujeres en esta etapa de la vida.³¹⁻³⁴ El hallazgo del presente estudio resalta la necesidad de fortalecer los programas de educación acerca del climaterio y sus cuidados para mejorar los conocimientos y favorecer la mejoría del estilo de vida y los resultados favorables de la salud.

La detección de enfermedades se ha promovido a través del "chequeo" anual incluido en los programas de Prevenimss y se enfoca en todos los grupos de edad. Se ha observado que la cobertura de la medición de la presión arterial y la glucosa en mujeres de 40 a 59 años estuvo muy por debajo (43 y 67%, respectivamente) de las coberturas deseables. Sin embargo, dentro de los grupos de autopercepción, el análisis multivariado reflejó que la falta de integridad en la detección resultó un factor protector para una autopercepción negativa de las mujeres acerca de su estado de salud. En otras palabras, las mujeres en quienes se realizan menos detecciones son las que perciben mejor su estado de salud. Otros autores³⁵ han informado mayor asistencia a la consulta preventiva en forma regular entre mujeres con APES positiva, lo cual contrasta con los resultados de este estudio. Ante la falta de información concluyente es preciso desarrollar mayor investigación en este aspecto.

Los bajos porcentajes de mujeres informadas y de cobertura de detección, si bien preocupantes, son en cierto modo explicables. Antes de la institución del programa Prevenimss (2003), los programas preventivos estaban desagregados, incluidas las medidas de promoción. La medición de éstas comenzó en el año 2002 y las descritas en este trabajo corresponden al primer año de la integración de dichos programas y también de las actividades educativas en salud. Debido al esfuerzo de integración y reorganización de Prevenimss, las bajas coberturas notificadas en este trabajo se incrementaron de modo gradual.³⁶

En la práctica cotidiana es importante promover la participación de todas las mujeres en los programas de detección, no sólo la de quienes acuden a buscar atención médica con problemas de salud. Se ha comprobado

que la detección oportuna de enfermedades crónicas y degenerativas y el inicio temprano de su tratamiento mejoran el pronóstico y la calidad de vida relacionados con la salud.^{37,38,39}

Entre las limitaciones de este estudio es necesario mencionar que, dado que se trata de un análisis secundario de una base de datos, no fue posible investigar con mayor detalle aspectos importantes vinculados con la APES y que no se previeron como parte del diseño de Encoprevenimss, por ejemplo la calidad de la alimentación, la presencia de enfermedad articular degenerativa u otras comorbilidades, los síntomas climatéricos o la calidad de la información que reciben las derechohabientes. Otra limitación es el diseño transversal del estudio que no permite establecer la direccionalidad de la relación entre las variables analizadas con la APES; empero, los nexos encontrados son un primer paso en el conocimiento de la relevancia de los servicios en la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud.

El análisis de la posible influencia de la terapia de reemplazo hormonal en este estudio es limitado porque, a pesar de que sólo 5% del total de las mujeres la recibía, se desconoce si ésta estaba justificada en función de la presencia de síntomas climatéricos. Esto último no se registró en Encoprevenimss.

En conclusión, los factores más importantes que se relacionan con una autopercepción negativa del estado de salud son las enfermedades crónicas. El sedentarismo o la actividad física irregular, algunos aspectos sociodemográficos y la deficiente información proporcionada por los servicios también son relevantes.

Es recomendable considerar los factores relacionados con la APES negativa para reorientar y reforzar los programas y acciones del personal de salud para atender a las mujeres en la etapa de climaterio. Asimismo, es importante insistir en que se ofrezca a las mujeres de 40 a 59 años de edad información útil acerca del climaterio y la menopausia para mejorar su comprensión de los cambios que ocurren en esta etapa y fortalecer las intervenciones que promuevan los estilos de vida saludables (como el ejercicio físico regular), además de instrumentar medidas que faciliten el acceso a los programas de detección. Desde el punto de vista de la investigación, también resulta relevante evaluar si los servicios de salud influyen en la autopercepción relacionada con la salud, así como si son sensibles a las necesidades de este grupo de edad y considerar la posibilidad de diseñar futuras intervenciones para mejorar la calidad de vida en las mujeres climatéricas.

Referencias

1. De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. Geneve:WHO, Regional Publications European Ser No 58;1996.
2. Hennessy CH, Moriarty DG, Zack MM, Scherr PA, Brackbill R. Measuring health related quality of life for public health surveillance. *Public Health Rep* 1994;109:665-672.
3. Idler EL, Benyamin Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
4. DeSalvo KB, Blosier N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta analysis. *J Gen Intern Med* 2005;20:267-275.
5. Fylkesnes K, Forde OH. The Tromso Study: predictors of self evaluated health – has society adopted the expanded health concept? *Soc Sci Med* 1991;32:141-146.
6. Niedhammer I, Chea M. Psychosocial factors at work and self rated health: comparative results of cross sectional and prospective analysis of the French GAZEL cohort. *Occup Environ Med* 2003;60:509-515.
7. Mantyselka PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self rated health. *JAMA* 2003;290:2435-2442.
8. Hassan MK, Joshi AV, Madhavan SS, Amontar MM. Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:1227-1232.
9. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to prevent and Decrease Overweight and Obesity. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2001.
10. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002;55:364-370.
11. Cott CA, Gignac MA, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:731-736.
12. Shadbolt B. Some correlates of self-rated health for Australian women. *Am J Public Health* 1997;87:951-956.
13. Haveman-Nies A, de Croot L, van Staveren WA. Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age Ageing* 2003;32:427-434.
14. Lorraine PJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Prev Chronic Dis* 2005;2:A12.
15. Monderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999;48:1713-1720.
16. Smith AM, Shelley JM, Dennerstein L. Self-rated health: biological continuum or social discontinuity? *Soc Sci Med* 1994;39:77-83.
17. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2004.
18. Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lehert P, Burger HG. The menopausal transition: a 9-year prospective population-based study. The Melbourne Women's Midlife Health Project. *Climacteric* 2004;7:375-389.
19. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res* 2003;14:64-82.
20. Satoh T, Oaci K. Quality-of-life assessment in community-dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacteric* 2005;8:146-153.
21. Dennerstein L, Dudley EC, Guthrie JR. Predictors of declining self-rated health during the transition to menopause. *J Psychosom Res* 2003;54:147-153.
22. Malacara JM, Canto de Cetina T, Bassol S, Gonzalez N, Cacique L, Vera-Ramirez ML, et al. Symptoms at pre- and postmenopause in rural and urban women from three states of Mexico. *Maturitas* 2002;43:11-19.
23. Mayagoitia SB. La edad de la menopausia en México. *Rev Endocrin Nutr* 2006;14:133-136.
24. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Ojeda-Mijares RI, Pozos-Cavanzo JL, Camacho-Rodríguez MA, Cardona-Pérez JA. Experiencias y conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres de la ciudad de México. *Gac Med Mex* 2000;136:555-564.
25. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Pozos-Cavanzo JL, Ojeda-Mijares RI, Camacho-Rodríguez MA. Fracturas en mujeres posmenopáusicas en el IMSS: frecuencia y costos de su atención hospitalaria. *Gac Med Mex* 2003;139:453-458.
26. Mercado EB, Hinojosa MD, Torres JM. Pérdida de masa ósea durante el climaterio. (Estudio de 490 casos en el cuello de fémur). *Rev Endocrin Nutr* 2000;8:43-47.
27. Reyes-Morales H, Acosta-Cázares B, Pérez-Enriquez LR, Arando-Álvarez JG, Gutierrez-Trujillo G. ENCPREVENIMSS 2003, 2004, y 2005 I. Metodología y población estudiada. *Rev Med IMSS* 2006;44 Suppl I: S23-S30.
28. Acosta-Cázares B, Arando-Álvarez JG, Reyes-Morales H. ENCPREVENIMSS 2004. Patrones de actividad física de la mujer y del hombre. *Rev Med IMSS* 2006;44 Suppl I:S79-S86.
29. Kohrt WM, Bloomfield SA, Little KD, Nelson ME, Yingling VR; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine Position Stand: physical activity and bone health. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:1985-1996.
30. Mazzeo RS, Cavanagh P, Evans W, Fiatarone M, Hagberg J, McAuley E, et al. ACSM Position Stand: exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30:992-1008.
31. Ulmi S, McGowan P, Gray D, Savoy D. Moving beyond information: evaluation of a nutrition education tool based on a theoretical model. *Eur J Clin Nutr* 1999;53 Suppl 2:S49-S53.
32. Hunter M, O'Dea. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: Five-year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Educ Couns* 1999;37:249-255.
33. Jimenez-de Luque MP, Serrano-Monzó I, Sabaté-Baroque I, Satrústegui-Sáez B, Azcona-Montero C. Health education during menopause. A long-range evaluation. *Rev Enferm* 2000;23:26-31.
34. Liao KL, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas* 1998;29:215-224.
35. Hemminki E, Siivo S, Forsas E, Koponen P, Kosunen E, Perala ML. The role of gynecologists in women health care- women's view. *Int J Qual Health Care* 1998;10:59-64.
36. PREVENIMSS. Programas integrados de salud. Encuesta nacional de coberturas. ENCO 2006. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006.
37. Strong K, Wald N, Miller A, Alwan A. WHO Consultation Group. Current concepts in screening for noncommunicable disease: World Health Organization Consultation Group Report on methodology of noncommunicable disease screening. *J Med Screen* 2005;12:12-19.
38. Hoffarth S, Brownson RC, Gibson BB, Sharp DJ, Schramm W, Kivlaham C. Preventable mortality in Missouri: excess deaths from nine chronic diseases, 1979-1991. *Mo Med* 1993;90:279-282.
39. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2006 Oct. 82 p. Disponible en: <http://www.guideline.gov>.